

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Уральский государственный медицинский университет»  
факультет Психолого-социальной работы и высшего сестринского образования  
кафедра Управления сестринской деятельностью

## БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

### ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ТРУДА СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

(на примере ГБУЗ СО «Свердловский областной  
онкологический диспансер» г. Екатеринбурга)

Направление подготовки \_\_\_\_\_  
Сестринское дело  
Квалификация Академическая  
медицинский брат. Преподаватель  
Допущена к защите: « 30 » апреля 2018 г.  
Зав.кафедрой Шурыгина Е.П.  
д.м.н., доцент  
Дата защиты 24 мая 2018 г.  
Оценка хорошо

Исполнитель: Чаргазия  
Давид Русланович  
Группа ОСД-315  
Руководитель: Глухих С.И.  
д.пед.н., доцент  
Нормоконтролер Иванова Н.В.  
старший преподаватель  
Рецензент Ушкова Н.Г.  
специалист по УМР

Екатеринбург, 2018

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ. ....	3
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ТРУДА. ....	6
1.1 Основные критерии оценки качества. ....	6
1.2 Методы оценки качества работы медсестры. ....	9
1.3 Система оценки качества медицинской помощи. ....	20
1.4 Внутриведомственная система оценки качества труда в медицинском учреждении. ....	25
1.5 Факторы, влияющие на оценку качества сестринской помощи. . .	30
2. АНАЛИЗ СЛОЖИВШЕЙСЯ СИСТЕМЫ ОЦЕНИВАНИЯ КАЧЕСТВА ТРУДА СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ГБУЗ СО «СВЕРДЛОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР» ....	32
2.1. Общая характеристика базы ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер». ....	32
2.2. Анализ сестринского персонала ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер» ....	34
2.3. Материалы и методы исследования ....	38
3. РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОЦЕНИВАНИЯ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР. ....	54
ЗАКЛЮЧЕНИЕ. ....	59
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ. ....	61
ПРИЛОЖЕНИЕ	

## ВВЕДЕНИЕ

Актуальность совершенствования оценки труда медицинских сестер как важной составной части кадрового ресурса медицинских работников возрастает в период модернизации системы здравоохранения. Эффективность работы медицинских сестер вносит весомый вклад в качество оказываемых населению медицинских услуг, разработка и внедрение объективных критериев оценки их труда, позволяют своевременно получать объективную информацию о соответствии получаемого объема, срока получения медицинской помощи государственным стандартам, проконтролировать качество и условия предоставления медицинской помощи по обязательному и добровольному медицинскому страхованию, оценить удовлетворенность граждан качеством бесплатной и платной медицины[1].

Качество медицинской помощи – не частная проблема отдельных лечебно-профилактических учреждений, она неизбежно вырастает в общенациональную проблему качества жизни населения. Уровень качества может быть разным, рассчитанным на различные слои населения. Это требует умения гибко и оперативно управлять качеством, используя накопленный опыт. Управление качеством это область знания, один из аспектов общего управления, и потому, кроме собственных понятий в области качества, оперирует понятиями и терминами этой науки. Управление качеством тесно соприкасается со множеством других областей, направлений практической деятельности. Основные из них – менеджмент, маркетинг, стандартизация, информатика, статистика, управление персоналом, метрология, правовые основы деятельности.

*Актуальность данной темы* в том, что правильно организованный и управляемый процесс системы оценки качества труда сестринского персонала медицинского учреждения способствует повышению эффективности труда, позволяет объективизировать результаты медицинской деятельности, повлиять на оплату труда, используя дифференцированные стимулирующие

выплаты и повлиять на удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи [2].

Бакалаврская работа включает в себя введение, 3 части, заключение, список литературы, приложения.

Во введении предоставлены данные об актуальности оценки качества труда сестринского персонала медицинского учреждения.

В первой части представлены теоретические аспекты оценки труда медицинских сестер.

Во второй части приводится характеристика ГБУЗ СО «СООД», анализ кадрового потенциала медсестер, критерии оценки труда медсестер химиотерапевтического отделения, представлены методики исследования.

В третьей части приводится анализ результатов проведенной исследовательской работы.

В заключении сформулированы краткие выводы о проведенном исследовании и представлены методические рекомендации по совершенствованию оценки труда медицинских сестер. Завершает работу список литературы и приложения. Библиография содержит 27 источников. В работе представлено 13 таблиц, 17 рисунков, 6 приложений. Общее содержание работы изложено на 65 страницах. Таблицы составлены автором.

Цель работы: оценка качества труда сестринского персонала и разработка рекомендации по его совершенствованию на базе химиотерапевтического отделения ГБОУ «СООД»

Задачи:

1. Изучить теоретические аспекты оценки качества труда сестринского персонала.

2. Провести анализ сложившейся системы оценивания качества труда сестринского персонала в медицинском учреждении (на примере ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер» г. Екатеринбург).

3. Разработать рекомендации по совершенствованию оценивания труда медицинских сестер.

*Объект исследования:* качество труда сестринского персонала химиотерапевтического отделения Свердловского областного онкологического диспансера.

*Предмет исследования:* система оценки качества труда сестринского персонала медицинского учреждения ГБУЗ СО «СООД» г. Екатеринбурга.

*База исследования:* государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Свердловский областной онкологический диспансер» г. Екатеринбурга.

При проведении данного исследования были использованы следующие *методы исследования:*

- аналитический – изучение литературных источников, документов медицинского учреждения, их анализ;
- описательный - изучение структуры учреждения, его деятельности, характеристика среднего медицинского персонала диспансера и химиотерапевтического отделения;
- социологический – анкетирование работников из числа среднего медицинского персонал;
- статистический – статистическая обработка результатов.

Метод анализа качества медицинской помощи с помощью методик определения индивидуального коэффициента качества труда (ИКК) и коэффициента социальной удовлетворенности (КСУ) пациентов.

# 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ТРУДА

## 1.1 Основные критерии оценки качества работы

Оценка качества работы сотрудников – мощный инструмент на пути повышения производительности труда и конкурентоспособности.

Оценка эффективности трудовой деятельности – это сравнительный анализ, сопоставляющий характеристики живого труда, представленного в виде эталона. Такой анализ помогает развивать как профессиональные, так и индивидуальные качества сотрудников.

Требования к оценке качества работы включают профессиональные, квалификационные и деловые навыки, определяющие, насколько пригоден работник для данного вида труда. Именно поэтому оценка рабочей силы подразумевает глубокое и постоянное изучение качества труда, чтобы непрерывно развивать его с помощью изменения, увеличения и улучшения квалификации.

Экономически развитые страны уделяют огромное внимание анализу эффективного труда на предприятии. Такой процесс является главной частью улучшения управления и формирования трудовой деятельности.

С помощью оценки качества работы решаются следующие задачи:

1. Оценка потенциала, чтобы продвинуть и снизить риск выхода неграмотных работников.
2. Уменьшение трат на обучение.
3. Поддержание у работников честности и повышение трудовой мотивации.
4. Организация обратной связи сотрудников о качестве их труда.
5. Разработка кадровых программ развития и обучения.

Основной деятельностью медицинской сестры является уход за пациентом, поэтому оценка работы медсестры состоит, в том числе, и в анализе качества этого ухода.

Вот важнейшие критерии для оценки профессиональной деятельности среднего медперсонала:

- соблюдение технологий выполнения простых медицинских услуг;
- своевременность выполнения врачебных назначений;
- качество оформления и ведения листа назначений;
- качество оформления и ведения температурного листа;
- выполнение требований нормативных документов, регламентирующих санитарно-эпидемиологический режим и инфекционную безопасность;
- соблюдение фармацевтического порядка в манипуляционной;
- организация питания пациентов;
- знание и выполнение требований охраны труда и противопожарной безопасности;
- соблюдение принципов медицинской этики;
- участие в общественной жизни коллектива;

В каждом лечебно-профилактическом учреждении имеется своя оценка работы медсестры с учетом структурного подразделения.

О качестве работы средних медработников можно также судить:

1. По объективным критериям — состояние пациента в плане удовлетворения его потребностей (лечение, гигиена, питание, настроение). Получение своевременной и объективной информации об удовлетворенности качеством медицинской помощи является важной частью работы Территориальных фондов обязательного медицинского страхования Российской Федерации. Это требование указано в основных нормативных документах, регламентирующих деятельность системы обязательного медицинского страхования: в Федеральном законе № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в Приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования», в Приказе ФФОМС №230 «Об утверждении порядка и проведения контроля объемов, сроков, ка-

чества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» [3].

2. По субъективным данным — отзывы самих пациентов и их родственников, мнения коллег. Принимая во внимание высокое социальное напряжение, связанное с получением бесплатной медицинской помощи, которое находит отражение в публикациях, важно проводить мероприятия по изучению удовлетворенности населения оказываемыми медицинскими услугами как формы внутреннего аудита качества.

В медицинских учреждениях, оказывающих стационарные услуги, для оценки качества работы медсестры, используют экспертную карту для оценивания следующих показателей:

1. Внешний вид медсестры и состояние рабочего места (внешний вид согласно Этическому кодексу медицинской сестры, рационально оборудованное рабочее место, оснащение, наличие всех принадлежностей).

2. Соблюдение стандартов ведения медицинской документации (согласно приказам Министерства здравоохранения РФ).

3. Соблюдение стандартов технологий ухода за пациентами (соблюдение двигательного режима, кормление тяжелобольных, соблюдение гигиены тела, профилактика пролежней, смена нательного и постельного белья).

4. Соблюдение технологий по подготовке пациентов к различным видам исследований (рентгенологическим, лабораторным и др.).

5. Учет и хранение медикаментов (сроки хранения, правильность хранения по группам, наличие минимального медикаментозного запаса, наличие и укомплектованность аптек «Анти-СПИД» и «Анти-ШОК»).

6. Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима и мероприятий в стационаре (гигиеническая и социальная обработка рук, дезинфекция, предстерилизационная очистка, стерилизация, кварцевание, соблюдение асептики и антисептики, знание приказов №№408,720,170, своевременное прохождение периодического медицинского осмотра.



7. Своевременное и правильное выполнение врачебных назначений, контроль за соблюдением лечебной диеты.

8. Повышение профессионального уровня (обучение на курсах повышения квалификации, активное участие в больничных конференциях и занятиях).

9. Соблюдение медицинской этики и деонтологии (взаимоотношение в коллективе, соблюдение врачебной тайны, уважение к вероисповеданию, индивидуальный подход к каждому пациенту).

10. Знание и выполнение мероприятий при возникновении особо опасных инфекций, пожара и чрезвычайных ситуаций, выполнение требований нормативных документов, регламентирующих санитарно-эпидемиологический режим и инфекционную безопасность.

11. Участие в общественной жизни коллектива [4].

## 1.2 Методы оценки качества работы медсестры

В нормативных актах МЗ РФ, Федерального фонда ОМС, в научно-практических разработках и рекомендациях освещаются методические подходы, критерии и показатели для оценки качества медицинской помощи, экономические и организационные вопросы, связанные с критериями качества работы.

Выделяют пять наиболее используемых в практике методов оценки объемов и качества медицинской помощи, применяемых в ЛПУ в зависимости от цели оценки, объектов и временных характеристик.

1. *Статистический* метод – применяется для обобщения информации об объемах и качестве медицинской помощи путем сплошного или выборочного учета, с целью оценки всех звеньев системы управления качеством:

- ресурсов (кадры, финансирование, материально-техническое обеспечение, обоснование потребности в ресурсах);
- объемов работы (нагрузка);

- соответствия технологических процессов применяемым стандартам;
- результативности и эффективности отдельных технологических процессов и в целом по учреждению.

2. *Метод экспертных оценок* – позволяет учесть индивидуальные особенности пациентов, не типичные ситуации и другие факторы, влияющие на качество. Экспертизу проводят профессионалы, прошедшие специальную подготовку в области методологии экспертизы, обладающие опытом и владеющие аналитическими методиками. Экспертный метод широко применяется лицензионно - аккредитационными комиссиями, должностными лицами ЛПУ, экспертами страховых организаций.

3. *Метод медико-экономического анализа* – предусматривает использование экономической информации и результатов экспертных оценок, применяется при проведении контроля качества помощи страховыми организациями и территориальными фондами ОМС.

4. *Социологический метод* - применяется для оценки степени удовлетворенности пациентов качеством помощи и удовлетворенности персонала своей работой.

Методика оценки удовлетворенности пациентов:

- записи в книге отзывов; опрос; анкетирование.

5. *Комплексный (комбинированный)* – это сочетание различных вышеперечисленных методов. Только комплексная оценка качества медицинской помощи позволит получить необходимую информацию для создания действенной системы обеспечения качества.

Оценивая качество медицинской помощи необходимо представлять, что следует представлять под качеством. Понятие качества медицинской помощи принадлежит к числу основных в здравоохранении, так как качество работы системы здравоохранения во многом определяет уровень здоровья и качество жизни населения.

В 1994 году международный стандарт ИСО-8402 дал следующее определение: «Качество - это совокупность характеристик объекта, относящих-

ся к его способностям удовлетворять установленные или предполагаемые потребности человека.»

В практике Российского здравоохранения наиболее распространены следующие понятия качества медицинской помощи:

- это процесс взаимодействия врача и пациента, обусловленный способностью выполнять медицинские технологии, снижать риск прогрессирования или возникновения нового заболевания, оптимально использовать ресурсы, обеспечивать удовлетворенность;

- это совокупность результатов профилактики, диагностики, лечения заболеваний, определяемых установленными требованиями на основе достижений медицинской науки и практики;

- это совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказания медицинской помощи имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню науки;

- это свойство удовлетворять спрос пациента;

- это совокупность свойств или характеристик услуги, уровень которых формируется производителем при ее оказании с целью удовлетворения установленных или предполагаемых потребностей [6,7,8].

Таким образом, для оказания качественной медицинской помощи необходимо выявить потребности, которые необходимо удовлетворить, и характеристики качества медицинской помощи, которые различны у пациентов, медработников, инвесторов.

Характеристики качества медицинской помощи со стороны пациентов: доступность и своевременность медицинской помощи, вежливость персонала, облегчение симптомов заболевания, функциональное улучшение.

Характеристики качества медицинской помощи со стороны медработников: соответствие оказываемой помощи современному техническому оснащению, свобода действия в интересах пациента.

Характеристики качества медицинской помощи со стороны инвесторов: эффективное использование имеющихся фондов здравоохранения, соответствующее стандартам использование медицинских ресурсов.

Основные характеристики (компоненты) качества медицинской помощи являются:

- результативность – внешняя медицинская эффективность, измеряющая достижение целей организации, отношение достигнутого результата медицинской деятельности к максимально возможному основанному на последних достижениях науки и технологии, т.е. соотношение между фактическим воздействием и максимальным, которое возможно в идеале;

- экономическая эффективность – внутренняя эффективность, измеряющая наиболее рациональное использование ресурсов, т.е. наименьшая стоимость медицинской помощи без снижения ее результативности;

- оптимальность – оптимальное соотношение затрат на здравоохранение и получаемых результатов в улучшении здоровья населения;

- адекватность – удовлетворение потребности населения;

- приемлемость – соответствие оказанной помощи ожиданиям пациентов;

- законность – соответствие этическим принципам, законам, нормам, правилам;

- справедливость – обоснованное и законное распределение медицинской помощи и льгот среди населения;

- преемственность – степень соблюдения координации и обеспечение необходимого воздействия в процессе оказания медицинской помощи;

- научно-технический уровень – степень применения имеющихся знаний техники;

- доступность – наличие необходимых видов медицинской помощи;

- своевременность;

- безопасность – степень риска.

Качество медицинской помощи во многом учитывает понятие медицинской помощи как комплекс лечебно-диагностических и профилактических мероприятий, проводимых по определенным технологиям с целью достижения положительного конкретного результата. Медицинская помощь – это процесс целесообразной трудовой деятельности медработника, удовлетворяющая нужду или потребность сохранять или укреплять здоровье.

Таблица 1 Характеристики качества оказания медицинской помощи [13]

Составляющая процесса оказания медицинской помощи	Что характеризует	Задачи
Собственно медицинская помощь (деятельность медработников, направленная на удовлетворение потребностей пациентов в сфере здравоохранения)	Знания и опыт работы медперсонала	Непосредственная помощь пациенту
Условия, в которых протекает медпомощь (здания, оборудование, и прочее)	Условия работы	Организация условий для эффективной работы конкретных сотрудников
Исходное состояние больного (пол, возраст, тяжесть заболевания и прочее)	Объект воздействия	Разработка общих принципов организации работы медучреждений

Медицинская помощь обладает определенными характеристиками:

- неосязаема, т.е. ее невозможно транспортировать, хранить, изучать до получения, нельзя увидеть, услышать, потрогать изменение состояния своего здоровья до начала лечения можно лишь верить в результат, чувствовать эффект, который появится в результате оказания помощи;
- не может быть сохранена с целью последующей реализации, поэтому нужно регулировать потребление, чтобы обеспечить постоянный спрос;
- неотделима от источника, т.к. контакт с потребителем – неотъемлемая часть предоставления медпомощи;
- изменчивость – означает непостоянство качества медицинской помощи, например, качество оказания помощи зависит от квалификации медработника. Качество может быть различным даже в тех случаях, когда обслуживание осуществляет один и тот же человек. Изменения могут быть вызва-

ны его настроением или неспособностью пациента четко изложить свои потребности.

Медицинскую помощь можно понимать в узком (лечение конкретного больного конкретным медицинским работником) и широком смысле (оказание помощи в пределах ЛПУ, региона, страны). В обоих случаях медицинская помощь выступает аналогом понятия «производственный процесс», широко используемого в народном хозяйстве, отраслью которого является учреждение здравоохранения.

Изучать и оценивать качество медицинской помощи можно с двух позиций:

1. Сфера потребления. Потребителя интересует качество лечения, т.е. полезность, изменение состояния его здоровья в желаемом направлении (конечный результат); качество обслуживания, т.е. условия в которых осуществляется медицинская помощь (комфортность, безболезненность, характер отношений с персоналом и прочее).

2. Процесс оказания медицинской помощи, когда качество помощи связывают с качеством основных моментов производства. Эта схема близка к трем аспектам качества медицинской помощи, изложенным в работах Донабедиана:

- *качество структуры* – описывает условия оказания помощи, включающее квалификацию кадров, наличие и состояние оборудования, состояние помещений, лекарственное обеспечение, наличие и пополнение расходных материалов, рациональность использования ресурсов и т.д. Структурное качество может определяться на двух уровнях:

- *отношение к медучреждению в целом*, с его материально-технической базой, кадровым обеспечением, организацией работы, сервисными условиями;

- *к каждому медработнику в отдельности*, оцениваются его профессиональные качества, т.е. сумма знаний, умений, навыков.

Структурный подход к оценке качества медицинской помощи реализуется в качественных показателях медицинской практики, аттестации, сертификации специалистов, аккредитации, лицензировании ЛПУ. Данный подход в учреждении, отвечающем современным требованиям, основан на том, что высокопрофессиональные специалисты обеспечивают и высокое качество.

*Лицензирование* – это оценка качества медицинской помощи на предварительном этапе. В текущем порядке проводится аккредитация – установление соответствия качества медицинской помощи стандарту качества, позволяет определить возможности конкретного учреждения выполнять поставленные задачи по оказанию медицинской помощи, защищает интересы потребителей. Обязательность аккредитации и лицензирования каждого ЛПУ определяется «Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан».

*Качество технологий (процесса)* – описывает насколько комплекс лечебно-диагностических мероприятий, оказанных конкретному больному, был оптимален. При этом предполагается, что объем выполненных манипуляций должен быть не больше, но и не меньше оптимального, а последовательность их выполнения строго выдержана. Если на лечение больного было затрачено больше средств, чем это необходимо, то такая помощь не будет признана качественной, даже при достижении хороших результатов лечения. Качество процесса оценивается только на одном уровне – по отношению к конкретному больному с учетом клинического диагноза, видов сопутствующих патологий, возраста больного и других факторов. Процессуальный подход к оценке качества медицинской помощи отвечает на вопрос – как соблюдается технология? Это ретроспективный анализ лечебно-диагностического процесса по конкретному пациенту на основе технологической документации.

*Технология оценки качества процесса* – это стандарты медицинской помощи и экспертизы качества, проводимая по первичной документации на трех этапах: заведующий отделением (100% анализ историй болезни выписанных стационарных пациентов, 20% анализ амбулаторных карт), заместитель главного врача по медицинской части или клинико-экспертной работе

(20% стационар, 10% поликлиника), экспертная комиссия учреждения (анализ материала, полученного на 1 и 2 этапах).

*Качество результата* - описывает отношение фактически достигнутых результатов с реально достижимыми (планируемыми), т.е. насколько достигнутые результаты близки к возможным. В зависимости от оцениваемого объекта под планируемыми результатами можно понимать динамику состояния здоровья конкретного пациента, результаты лечения всех больных ЛПУ за отчетный период, состояние здоровья населения территории. Результативный подход к оценке качества медицинской помощи основан на конечном результате. В этом подходе объект – динамика клинических результатов, а субъект – удовлетворенность пациента. Конечным результатом могут быть показатели качества (процент осложнений после инвазивных вмешательств, процент расхождения диагнозов и др.) Контроль результата дает положительный эффект в повышении качества работы [13].

Таблица 2 – Объективные критерии качества медицинской помощи[7]

Своевременность:	Соответствие мед.стандарту:	Экономическая эффективность:	Деонтология:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- обращения</li> <li>- доставки</li> <li>- обследования</li> <li>- консультации специалистов</li> <li>- постановки диагноза</li> <li>- назначения лечения</li> <li>- взятия под диспансерное наблюдение</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- полнота обследования</li> <li>- правильность и своевременность постановки диагноза</li> <li>- правильность и полнота проведенного лечения</li> <li>- ритмичность и систематичность диспансеризации</li> <li>- правильность врачебно-трудовой экспертизы</li> <li>- продолжительность лечения и временной нетрудоспособности</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- фактическая стоимость медицинской помощи</li> <li>- соотношение между фактической и стандартной стоимостью</li> <li>- разница между затратами на медицинскую помощь и выгодой от снижения заболеваемости или ее предотвращения</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- жалобы и критические замечания в адрес медработников</li> <li>- отношение пациента к медработнику (уважение, признание авторитета, стремление попасть к нему на прием)</li> <li>- отношение пациента к себе и своему здоровью (дисциплинированность, вредные привычки, занятие спортом и др.)</li> <li>- отношение медработника к пациенту, оценка личности пациента</li> <li>- отношение врача к родственникам пациента</li> </ul>



Субъективная оценка качества работы опирается на материалы опроса, анкетирования пациентов. Основные принципы и правила составления анкет сформулированы в приказе № 118 Федерального фонда ОМС от 29.05.2009 г. «Об утверждении Методических рекомендаций «Организация проведения социологического опроса (анкетирование) населения об удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования».

В рамках данного приказа социологический опрос в системе обязательного медицинского страхования трактуется как организация мероприятий, направленных на получения информации об удовлетворенности граждан доступностью и качеством оказания медицинской помощи в медицинских организациях.

Анкетирование граждан – это метод социологического опроса, заключающийся в сборе данных об удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи, которой предполагает самостоятельно заполнение респондентом анкеты и последующий ее возврат. Анкета – это опросный лист, самостоятельно заполняемый опрашиваемым по определенным правилам. Респонденты – это опрашиваемые население, участвующие в опросе или в анкетировании, потребители медицинской помощи. Анкетер – участник анкетирования, обеспечивающий работу респондента с анкетой.

Основной целью анкетирования является изучение удовлетворенности граждан качеством оказания медицинской помощи в конкретных медицинских организациях. К основным задачам анкетирования могут быть отнесены следующие:

1. Определение уровня удовлетворенности медицинскими услугами, предоставляемыми за счет средств системы обязательного медицинского страхования, различными категориями застрахованного по ОМС населения.
2. Оценка застрахованным населением уровня доступности и качества медицинских услуг, предоставляемых за счет средств системы обязательного медицинского страхования.

3. Определение объема финансовых расходов населения на оплату различных видов медицинских услуг, в том числе предоставляемых за счет средств системы обязательного медицинского страхования.

Алгоритм составления и примерный образец анкеты для изучения удовлетворенности населения качеством медицинских услуг (см. Приложение [1]), основываясь на приказе № 118 Федерального фонда ОМС от 29.05.2009 г.

Содержание программ анкетирования должно включать следующие обязательные структурные компоненты:

1. Целевая аудитория с указанием пола, возраста, образования, материального уровня и рода занятий анкетизируемых.

2. Указание цели работы, в данном случае изучение социального объекта для дальнейшей выработки мер по разрешению выявленных проблемных ситуаций.

3. Изложение задач как систематизация конкретных шагов, направленных на анализ и решение конкретных проблем.

4. Виды сбора информации: непосредственный (устный, письменный) и опосредованный - опросы (например через Интернет).

Виды вопросов в анкете:

1. Закрытые (формализованные интервью, ответы на вопросы в котором определены заранее).

2. Открытые (определяются инициатором их проведения и содержат ответы респондентов в свободной форме).

3. Полузакрытые (сочетают характеристики открытых и закрытых вопросов).

4. Вопросы типа «да /нет».

5. Ранговые (респондент самостоятельно выставляет приоритеты в предложенных ответах).

6. Шкальные (составленные согласно шкале Лейнера).

Структура анкеты включает следующие компоненты:

1. Вводная часть (обращение к респонденту, данные об организации, проводящей анкетирование, цели и задачи исследования, роль пациента в их реализации, гарантия анонимности, указана по технике заполнения анкетного листа и авансированная благодарность респонденту).

2. Основная часть (вопросы разные по виду и структуре, первые из которых должны быть контактными и простыми, затем следуют основные вопросы с учетом по 2-4 на каждую заявленную цель, принимая во внимание, что самые сложные вопросы должны находиться в середине анкеты).

3. Паспортная часть (Ф.И.О. или псевдоним по желанию респондента: социальная категория (например: работающий пенсионер, инвалид, безработный, домохозяйка, временно не работающий – декретный отпуск).

В анкету включают причины неудовлетворенности качеством бесплатного медицинского обслуживания.

При стационарном лечении:

1. Длительное время ожидания плановой госпитализации, превышающие сроки ожидания медицинской помощи.

2. Низкий уровень удовлетворенности питанием, получаемым в стационарном учреждении.

3. Необходимость дополнительно приобретать лекарственные средства и изделия медицинского назначения, расходные материалы, предоставляемые стационарными учреждениями при прохождении госпитализации.

4. Денежные расходы на диагностическое обследование.

5. Платные услуги медсестер, санитарок, сиделок.

6. Платные манипуляции и (или) операции, включая услуги родовспоможения.

7. Дефекты организации и ведения лечебного процесса (отсутствие обслуживания лечащим врачом схемы и сроков лечения, редкие обходы ле-

чащим врачом и /или заведующим отделением во время пребывания в стационаре).

8. Недоброжелательность и невнимательность медицинского персонала.

9. Низкий уровень оснащённости учреждения лечебно-диагностическим оборудованием: низкий уровень материально-бытовой оснащённости учреждения (плохое санитарно-техническое состояние помещений стационара, в т.ч. палат, комнат для санитарной гигиены, диагностических кабинетов, отсутствие пандусов, подъемников и других средств для лиц с ограниченными физическими возможностями) [7].

### 1.3 Система оценки качества медицинской помощи

Решение первоочередной задачи - улучшение качества медицинской помощи и удовлетворения потребностей населения в различных видах медицинской помощи может обеспечить внедрение системы управления качеством. Здесь необходимы согласованные усилия организаторов здравоохранения и практикующих медиков.

Согласно международного стандарта «ИСО 8402» система качества – это совокупность организационной структуры, ответственности, методик, процессов и ресурсов, необходимых для общего управления качеством. Систему качества можно определить также как совокупность структур ЛПУ, выполняющих функции управления и обеспечения качества установленными методами с использованием необходимых ресурсов. Модель воздействия системы качества на процесс оказания медпомощи путем последовательной реализации функции управления качеством можно представить в виде петли качества.

*Развитие системы качества происходит поэтапно, каждому этапу соответствует свое понимание уровня качества:*

1. Соответствие медицинскому стандарту.

2. Соответствие фактическим требованиям: высокое качество медицинской помощи при оптимальной себестоимости. медицинской услуги.

4. Соответствие скрытым потребностям, которые могут существенно влиять на выбор пациента. Для медицинских учреждений это уровень комфорта, отношений персонала, эстетическое оформление и другое.

Структура документации системы качества:

1. Руководство по качеству – описывает систему качества по элементам со ссылкой на документированные процедуры, приводит политику в области качества.

2. Документы, охватывающие несколько элементов системы – стандарты программы.

3. Рабочие инструкции по конкретным вопросам. Для эффективного управления качеством необходимо представлять, что такое качество и от чего оно зависит, знать как организовать управление качеством, т.е. что и как надо делать для достижения требуемого уровня качества.

В настоящее время признаны следующие концептуальные модели управления качеством:

1. Контроль качества – методы и виды деятельности оперативного характера, используемые для выполнения требований к качеству.

2. Обеспечение качества – виды деятельности, планируемые и систематически осуществляемые и подтверждаемые в рамках системы качества, необходимые для создания достаточной уверенности в результатах и выполнении требований к качеству.

3. Непрерывное и всеобщее повышение качества – мероприятия, осуществляемые с целью повышения эффективности и результативности всех процессов деятельности для получения выгода как для организации, так и для ее потребителя, направлены на достижение долгосрочного успеха.

Новый подход к управлению качеством – регулирование качества, включает три важнейших элемента: контроль, анализ, регулирование (выбор

и осуществление действий, обеспечивающих поддержание требуемого уровня качества).

Создание системы управления качеством медицинской помощи в ЛПУ включает ряд этапов.

1. Инициативный этап: по инициативе руководства обсуждаются цели и задачи в области улучшения качества, показатели и система оценки качества, выявление и анализ проблем и путей их решения, методы и формы контроля. Сотрудники в подразделениях вырабатывают основные предложения по формированию плана для себя и своих подразделений. Формируется сводный план в области улучшения качества.

2. Этап организации – руководство ЛПУ, через руководителей подразделений, определяет первоочередные проблемы, показатели оценки, методы работы, сроки и ответственных.

3. Этап реализации – сотрудники ЛПУ в соответствии с планами осуществляют деятельность, направленную на разрешение проблем и их причин, руководство проводит мониторинг процессов.

4. Этап контроля – руководство подводит итоги и оценивает деятельность по улучшению качества. Констатируется достижение или не достижение поставленных целей. Соответственно выводам определяются последующие планы.

Внедрение системы управления качеством необходимо начинать с организации группы (комитета, совета, центра) из числа руководства учреждения. Для снижения психологических барьеров и сопротивления к переменам, создания высокой мотивации и профессионального интереса к проблемам качества медицинской помощи необходимо участие сотрудников в разработке методов и методических материалов. Избежать консерватизма возможно также с помощью нововведений, которые в системах управления качеством делятся на две группы:

1. Функциональные – затрагивают задачи одной из функций управления качеством и не требуют структурных изменений системы, например – поощрение.

2. Системные – затрагивают несколько функций и вызывают необходимость внесения изменений в содержание элементов системы, например, изменение формы оплаты труда.

В задачи рабочей группы по управлению качеством медицинской помощи входят:

1. Изучение соответствующих нормативных документов в области обеспечения качества, анализ материала.

2. Анализ существующих проблем и возможностей организации в обеспечении качества. Для эффективного выполнения этой задачи целесообразно организовать обучение членов группы для достижения единого видения стоящих проблем и постановки реальных достижимых целей.

3. Определение существующих проблем, которые можно решить. При этом трудно ответить на вопрос – Что важнее? – финансовые затраты, уровень качества медицинской помощи, оказанной пациенту или интересы непосредственных исполнителей. Должен быть решен вопрос: какие проблемы со здоровьем существуют у обслуживаемого контингента, как и насколько эффективно они решаются, какие затраты несет при этом ЛПУ, какая нагрузка на медперсонал. Современная проблема здравоохранения заключается в том, что пациент «разорван на куски», каждый специалист на достаточно высоком уровне решает свои специфические задачи. В результате у пациента возникает чувство «брошенности» и недоверия качеству медицинской помощи. В решении этой проблемы ведущая роль принадлежит сестринской помощи, как связующему звену между пациентом и деятельностью различных служб ЛПУ.

4. Формулировка конкретных достижимых целей и задач, составление плана разработки, внедрения и контроля.

5. Разработка механизма внедрения, учет результата.

## 6. Механизм коррекции, внесение изменений.

Обеспечение качества – это процесс формирования необходимых свойств и характеристик медицинской помощи при ее оказании, а также поддержание этих характеристик на необходимом уровне. Для обеспечения качества медицинской помощи требуются следующие условия:

1. Фундаментальная база, определяющая основу для оказания качественной медицинской помощи (материальная база, персонал, его интерес и квалификация).

2. Глубоко продуманная организационная структура и четкое управление ЛПУ в целом и качеством медицинской помощи в частности – дополняет фундамент и позволяет реализовать возможности.

Главная особенность обеспечения качества медицинской помощи – более тесное взаимодействие с потребителем медицинской услуги. В связи с этим необходимо учитывать дополнительные элементы, относящиеся к человеческому фактору и организации работ:

1. Культура общения с пациентом.
2. Доступность персонала для пациентов.
3. Гибкость форм, оперативность предоставления помощи.
4. Гигиена, безопасность, комфорт, эстетика места оказания помощи.
5. Формирование благоприятного образа организации и ее репутации.

Основными элементами механизма обеспечения качества медицинской помощи являются:

1. Сбор информации о компоненте качества на данном иерархическом уровне (рабочем месте, подразделении, ЛПУ, регионе, по стране в целом). В ЛПУ заполняется документация медицинская, о состоянии кадров, медико-техническая, бухгалтерская отчетность, также заполняется документация по результатам проверки участников контроля.

2. Анализ полученной информации.



3. Принятие на основе полученной информации управленческих решений, направленных на создание благоприятных условий для оказания качественной медицинской помощи.

4. Контроль за реализацией принятых решений.

5. Анализ эффективности управленческого решения.

6. При необходимости проведение корректирующего воздействия.

Корректировочные мероприятия:

1. Ответственность (уголовная, административная, гражданская).

2. Поощрение (материальные стимулы) [11].

#### 1.4 Внутриведомственная система оценки качества текущих процессов в медицинском учреждении

Адекватная система управления качеством должна не столько реагировать на конечный результат медицинской помощи, сколько предотвращать дефекты. Управление качеством должно осуществляться не «по отклонению», а по максимальному использованию возможностей с целью предотвращения ошибок в оказании медицинской помощи. Данная концепция рассчитана на создание внутриведомственной системы управления качеством.

Для повышения качества медицинской помощи необходимо улучшить организацию работы медицинского персонала, структурных подразделений ЛПУ на основе организации стандартов, совершенствовать систему последипломного обучения специалистов с высшим и средним медицинским образованием, определять компетентность каждого специалиста в рабочем порядке, а так же при аттестации среднего медицинского персонала, создать систему управления и контроля текущего процесса на основе стандартов качества, организационных стандартов и современных технологий, создать действенную систему признания заслуг персонала, тесно увязанную с качеством работы.

Для предупреждения затруднений целесообразно создание системы управления качеством медицинской помощи и контроля текущих результатов на трех уровнях:

1. Индивидуальный (медсестра-пациент).

Главная роль на этом уровне принадлежит заведующему отделением, старшей медицинской сестре. Инструментом контроля являются стандарты деятельности, технологии; критериями оценки - состояние здоровья пациента перед выпиской, а у среднего медицинского персонала – качество выполнения врачебных назначений, манипуляций, процедур, ухода за больным.

Принципиальное отличие системы управления и контроля текущих процессов – активный контроль на рабочем месте, который осуществляется выборочно и ежедневно.

2. Уровень лечебно-профилактического учреждения - оценка складывается из общей оценки деятельности всех индивидуальных уровней и степени достижения конечных результатов деятельности ЛПУ.

3. Территориальный – оценка системы здравоохранения на уровне территории (район, область). Целесообразна оценка отдельных служб (терапевтической, хирургической, педиатрической и т.д.)

Для осуществления контроля за объектами и качеством медицинской помощи в учреждении необходимо:

1. Создать стандарты технологий, результатов; выработать требования, критерии должной работы (должностные инструкции, нормативы, правила и др.).

2. Сопоставлять реальные результаты деятельности с выработанными стандартами и критериями, осуществлять мониторинг.

3. Принимать решения о необходимых мероприятиях по итогам контроля, например, внесение изменений в организацию работы (нагрузка, изменение объемов отдельных функций, повышение квалификации и пр., либо изменение стандартов и требований.

Контроль качества медицинской помощи проводится по следующим разделам:

1. Оценка качества лечебно-диагностического процесса и его результативности - проводится на основании данных экспертизы истории болезни каждого выписанного больного, анализируется полнота и качество обследования, правильность постановки диагноза, выбранного метода лечения, уровень выполнения лечебных мероприятий, наличие дефектов в работе, результат лечения: по результатам экспертизы определяются показатели, характеризующие уровень выполнения лечебно-диагностических мероприятий, уровень качества лечения.

2. Оценка качества работы среднего медицинского персонала - проводит 1 раз в неделю старшая медсестра путем проверки выполнения каждой медицинской сестрой своих обязанностей в соответствии с критериями оценки, которые разрабатывает администрация ЛПУ. По итогам статистики для каждой медицинской сестры определяется коэффициент соответствия технологии медицинской помощи (Кст.), учитывающий выявленные дефекты и замечания.

3. Изучение удовлетворенности пациентов медицинской помощью – предусматривает регулярное проведение (2 раза в год) социологического опроса по специальной анкете. По данным опроса больных вычисляется коэффициент социальной удовлетворенности (Ксу). Результаты опроса с субъективной точки зрения характеризуют результативность медицинской помощью и этико-деонтологические аспекты лечебно-диагностического процесса. Периодически проводимые социологические опросы населения – важный инструмент управления. С позиций управления данный критерий достаточно информативен, он отражает независимое мнение, указывающее на конкретные и значимые с точки зрения больных недостатки в организации лечебно-диагностического процесса, что дает возможность принимать соответствующие управленческие решения.

Средства контроля качества медицинской помощи:

## 1.1 Медицинские стандарты.

### 1. По административно-территориальному делению.:

- международные;
- федеральные;
- территориальные;
- локальные (ЛПУ);

## 1.2. По объему стандартизации.

- структурно-организационные;
- профессиональные;
- технологические (медико-экономические);

## 1.3. По механизму использования:

- простые;
- групповые;

## 2. Экспертная оценка.

### 3. Показатели.

- деятельности ЛПУ;
- здоровья населения;

Показатели деятельности ЛПУ, здоровья населения как средство контроля и оценки качества медицинской помощи не требуют значительных расходов, объективны, но имеют узкую область применения.

Более широко используется экспертная оценка. Эксперт, на основе своих представлений, знаний, выносит суждение об уровне того или иного компонента качества, предлагает пути повышения этого уровня. В настоящее время, несмотря на то, что законодательство предусматривает при проведении аккредитации использование стандартов, основным средством является экспертная оценка. Экспертиза качества медицинской помощи предусматривает сопоставление реальных условий оказания помощи, достигнутых результатов лечения с мнением эксперта о том, какими они должны.

Сестринские ошибки могут иметь следующие причины:

1. Объективные, несовершенство современной науки и техники, сложность и атипичность течения заболевания.

2. Субъективные. Это отсутствие у сестры необходимых знаний, неумение применять их в практике, неправильное клиническое мышление [11].

Таблица 3 – Используемые и оптимальные средства контроля в различных составляющих КМП

Составляющая качества и уровень ее оценки	Используемое средство контроля	Оптимальные средства контроля
Возможности ЛПУ	Экспертная оценка	Групповые стандарты
Профессиональные качества медицинских работников	Экспертная оценка, простые профессиональные стандарты	Групповые профессиональные стандарты
Технология лечения конкретного больного	экспертная оценка	Простые технологические стандарты, экспертная оценка
Результат лечения конкретного больного	экспертная оценка	Простые технологические стандарты, экспертная оценка
Результат лечения всех пациентов ЛПУ	Показатели деятельности ЛПУ	Показатели деятельности ЛПУ
Результат медицинского обслуживания	Показатели здоровья населения	Показатели здоровья населения

Используемые и оптимальные средства контроля в различных составляющих качество медицинской помощи активно используется в лечебных профилактических учреждениях.

Таблица 4 Оценка профессиональных качеств медицинских работников [11]

Наименование процедуры	Кто осуществляет	Обязательность прохождения	Средство контроля	Результат использования
Аттестация персонала	Орган управления здравоохранением	Добровольно	Экспертная оценка	Присвоение квалификации, категории
Сертификация персонала	Государственные медицинские ВУ-Зы, НИИ, профессиональные медицинские ассоциации	Обязательно	Простые профессиональные стандарты	Допуск к медицинской деятельности

Оценка профессиональных качеств медицинских работников важный фактор в формировании оценки качества работы медсестры на рабочем месте.

### 1.5 Факторы, влияющие на оценку качества сестринской помощи.

Одна из важнейших проблем в управленческой деятельности руководителей сестринских служб – обеспечение высокого качества сестринской помощи. Оценка качества работы в сестринском деле осуществляется на основе анализа современного состояния качества сестринской помощи и определения сильных и слабых сторон деятельности медсестер различных специальностей.

Сейчас, в период реформирования отечественного здравоохранения и радикальных изменений в отношении сестринской деятельности, отсутствие четкого разделения границ профессионального участия врачебного и сестринского персонала затрудняет определение границ ответственности медицинских сестер, что не способствует выработке необходимых корректировочных мероприятий в системе управления качеством медицинской помощи. В связи с этим руководители сестринских служб должны проводить самостоятельные исследования и разрабатывать практические мероприятия. Достаточно сложно оценить насколько качество сестринской помощи повлияло на состояние здоровья пациента, в тоже время можно говорить о влиянии совершаемых средним медицинским персоналом ошибок на состояние здоровья пациента, если эти ошибки обнаружены. В настоящее время значительное количество лечебно-профилактических учреждений разрабатывает варианты методик оценки качества работы. Традиционный контроль качества работы медицинской сестры предполагает выявление свершившихся ошибок, причем нередко в последующем не проводится глубокого анализа, выявления причин ошибок, организационных мероприятий по их устранению. Чаще применяются административные воздействия, что не является оптимальным. Поэтому создание системы управления качеством медицинской помощи, эффективных методов контроля остается актуальным.

Качество сестринской помощи определяется многими факторами, зависящими или независящими напрямую от медицинской сестры, когда она лишь в некоторой степени способна на них влиять [23,24,25].

*Факторы, влияющие на качество сестринской помощи:*

1. Качество полученного образования.
2. Повышение квалификации медицинской сестры.
3. Профессиональная адаптация, обучение на рабочем месте.
4. Степень развития сестринского дела в России, городе или лечебно-профилактическом учреждении.
5. Уровень требований лечебно-профилактического учреждения к медицинской сестре.
6. Функции, возлагаемые лечебно-профилактическим учреждением на медицинскую сестру.
7. Уровень материально-технического оснащения данного лечебно-профилактического учреждения и рабочего места медицинской сестры.
8. Материальное стимулирование (уровень заработной платы).
9. Обеспеченность сестринским персоналом (укомплектованность штатов).
10. Наличие достаточного количества младшего медицинского персонала.
11. Организация труда (смены, нагрузка).
12. Наличие контроля со стороны руководителя.
13. Врачи (к сожалению, до сих пор во многих лечебно-профилактических учреждениях именно врач определяет, что и как делать медицинской сестре и часто этим отрицательно влияют на качество ее работы).
14. Основополагающие документы мирового уровня, заставляющие политиков и врачей менять критерии оценки качества.
15. Основные ценности общества (уважение к личности, ценность здоровья), политиков и людей, принимающих решения в области здравоохранения.



16. Знания и умения каждой отдельной медицинской сестры.
17. Отношение медицинской сестры к делу.
18. Личные качества медицинской сестры.
19. Четкость взаимодействия внутри команды.
20. Стил ь отношений в команде.

## 2. АНАЛИЗ СЛОЖИВШЕЙСЯ СИСТЕМЫ ОЦЕНИВАНИЯ КАЧЕСТВА ТРУДА СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ГБУЗ СО «СВЕРДЛОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

### 2.1 Общая характеристика базы ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер»

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Свердловский областной онкологический диспансер» введен в строй в 2000 году. Его руководителем является и.о. главного врача, к.м.н. Елишев В.Г.

В первые годы работы онко-диспансера количество больных с впервые выявленным злокачественным новообразованием составляло около 13 тысяч в год, то сейчас этот показатель превышает 15,5 тысяч.

Если говорить о качестве оказания медицинской помощи, то здесь одним из важнейших критериев работы является контингент наблюдаемых больных, то есть пролеченных и находящихся на диспансерном учете. Десять лет назад этот показатель составлял 60 тысяч человек, по итогам 2015 года — 82 тысячи. Это пациенты, которые своевременно получили лечебную помощь. Благодаря успехам, достигнутым в комплексном лечении онкологических заболеваний, отмечается рост показателей общей выживаемости. Больше половины наших пациентов живут пять и более лет. Показатель однодневной летальности один из самых низких. Это один из лучших показателей по стране.

Благодаря поддержке губернатора и правительства Свердловской области, в 2013 году диспансер попал в Федеральную программу по модернизации. Полученные средства были направлены на обновление парка оборудования: три новых компьютерных томографа, два из которых адаптированы специально для онкологической службы. Они оснащены программой вирту-

альной симуляции, позволяющей на современном уровне проводить полную подготовку к лучевой терапии.

Медицинское учреждение ГБУЗ СО «СООД» имеет лицензию от 21.04.2016 года и осуществляет такие виды лечения, как хирургическое, лучевая терапия, химиотерапия, радиочастотная абляция, высокодозная брахитерапия на аппарате Гаммамед, химиоэмболизация сосудов, фотодинамическая терапия, обследования и лечения: УЗИ органов брюшной полости, органов малого таза, периферических лимфоузлов, щитовидной железы, молочных желез; рентгенологические методы: графия, скопия, томография, маммография.

Магниторезонансная томография. Эндоскопические исследования: ФГДС, ФКС, РРС, ФБС, лапароскопия. Морфологическая диагностика опухолей: цитология, гистология, иммуногистология.

В комплексе лечебных мероприятий применяются различные современные методики: интервенционная хирургия солидных опухолей, радиочастотная термоабляция, успешно внедрены и применяются новейшие методы нейроонкологической помощи. Деятельность диспансера направлена не только на диагностику, раннее выявление и лечения онкологических заболеваний, а также на последующую реабилитацию.

Востребованность паллиативной помощи очень высока. Не так давно в нашем диспансере открылось и работает отделение паллиативной помощи. Оно расположено на третьем этаже больницы поселка Верх-Нейвинский. Проведен капитальный ремонт и полное переоборудование. Оно рассчитано на 25 пациентов, пребывание и лечение — бесплатно. Пациенту оказывается соответствующая фармакотерапия, психосоциальная поддержка.

В структуре ГБУЗ СО «СООД» имеет два филиала:

1. Н. Тагил филиал расположен г. Нижний Тагил ул. Солнечная 3; сайт: [www.onco2.ru](http://www.onco2.ru)
2. Каменск-Уральский филиал, расположен г. Каменск-Уральский пер. Больничный 6; сайт: [oncokam.ru](http://oncokam.ru)

Структура основного корпуса (Соболева 29) имеет 20 структурных подразделений (рис.1). Коечный фонд стационара имеет 645 коек. Поликлинический корпус- 480 посещений в смену.

Ежегодно в поликлинику обращаются более 30 000 пациентов. Выполняется более 120 000 посещений в год, 3 000 перевязок, 5 000 курсов химиотерапии.

Функционирует 16 приемов, шесть из которых работают в две смены, а также процедурный и перевязочный кабинеты.

Информатизация приемов позволяет вести электронную амбулаторную карту, получать информацию о пациенте, результатах его обследования и лечения в режиме реального времени, а также осуществлять электронную запись пациентов для ЛПУ всех районов области.

В 2012 году организовано отделение дневного стационара, в котором проводится в среднем 450 курсов химиотерапий в месяц. Дополнительный корпус находится по адресу ул. Комсомольская 11, в нем проводится химиотерапевтическая и лучевая терапия. В 2015 году открылось радиологическое отделение дневного стационара.

Отдельным и особым блоком стоит служба главной медицинской сестры.

Организацией сестринского процесса руководит главная медицинская сестра Салоутина Анна Николаевна, которая координирует, контролирует качество работы среднего персонала, а также обеспечивает методическими пособиями и несет ответственность за обучение и сертификацию персонала.

Онкологический диспансер укомплектован специалистами высокого уровня. 58% из них имеют высшую категорию, 5 докторов 22 кандидата медицинских наук.

## 2.2 Анализ сестринского персонала ГБУЗ СО «СООД»

В системе оказания специализированной медицинской помощи, приоритет направлен на повышение медицинского обслуживания пациентов, и является научно обоснованным и направленным на решение кадровой проблемы. Анализ сестринского персонала важен для экономической эффективности материальных, трудовых и финансовых ресурсов.

Таблица 5 – Показатели укомплектованности кадрами и коэффициенты совместительства.

Персонал	Кол-во штатных должностей	Кол-во занятых должностей	Число физ. лиц	Укомплектованность штатных должностей физ. лицами (%)	Укомплектованность штатных должностей занятыми должностями (%)	Коэффициент
Средний мед-персонал в целом по учреждению в т.ч.	82,25	82,25	47	57	100,0	1,75
В поликлинике	2,75	2,75	4	100,0	100,0	0,69
В стационаре	79,5	79,5	43	54	100,0	1,85

На сегодняшний день укомплектованность средним медицинским персоналом составляет 100%.

Таблица 6 - Абсолютные показатели и удельный вес специалистов со средним медицинским образованием до 30 лет и лиц пенсионного возраста за последние 3 года

Год	Специалисты		Специалисты до 30 лет		Специалисты пенсионного возраста	
	Абс.		Абс.	%	Абс.	%
2015	66		6	9,1	19	28,4
2016	73		7	9,6	19	26,0
2017	77		8	10,4	20	26,0

В СООД среди медицинских работников со средним специальным образованием, специалисты в возрасте до 30 лет составляют - 9,1%, а большую

часть составляют лица старше 30 лет, в том числе пенсионеры - 27,3%. Молодые специалисты со стажем до 3 лет – 12 человек, проработавшие на одном месте более 10 лет – 63,6%, то есть большинство мед. сестер имеют профессиональный и жизненный опыт, работают в данном учреждении длительно.

Таблица 7 –Средний медицинский персонал, принятый на работу в ГБУ СО «СООД» за период с 2012 по 2016 годы.

Год	Принято средних ме- дицинских работников	После оконча- ния среднего професс. учеб- ного заведения..	Перешли из другой специальности	Прибыли из других районов области	Прибыли из других областей РФ	Прибыли.. из других стран
2016	5	-	-	-	-	-
2017	3	-	-	-	-	-
2018	4	-	2	-	-	-

Средних медицинских работников, пришедших сразу после окончания колледжа – 10,2% от всех принятых на работу медицинских сестёр за 3 года.

Таблица 8 - Структура причин увольнений медицинских сестер

Год	Уволено мед- сестер	Выход на пенсию	Сменили место- житель- ства	Перешли в другую.. специальность	Перешли в организации частной фор- мы собствен- ности	Перешли в немедицинскую деятельность
2016	4	2	1	-	1	-
2017	1	1	1	-	-	-
2018	6	3	2	1	-	-

За 3 года поступило 12 медсестер, уволилось 11 человек, в том числе абсолютное большинство в связи с выходом на пенсию и сменой места жительства, т.е. текучесть кадров составила – около 10%.

Таблица 9 - Распределение по стажу работы среднего медицинского персонала в ГБОУ СО «СООД»

Стаж работы	Количество сотрудников	% от среднего медицинского персонала
0-5 лет	9	20%
5-до лет	10	22,2%
Более 10 лет	26	57,8%

Сотрудники со стажем работы более 10 лет составляет - 57,8%.

Таблица 10 – Сертифицировано и аттестовано специалистов

Специалистов	Абсолютное и процентное выражение	Медицинские работники
Сертифицировано	Абс.	47
	%	100,0
Аттестовано	Абс.	33
	%	70,2
Не имеют сертификат специалиста	Абс.	0
	%	0

100% среднего медперсонала имеют сертификат на право занятия медицинской деятельностью. В 2016 г. 100% медицинских сестер прошли повышение квалификации в соответствии с утвержденным графиком по специальности «Сестринское дело».

Таблица 11 – Категории медицинских сестер

Год	Специалисты	Специалисты с первой категорией		Специалисты со второй категорией		Специалисты с высшей категорией.	
	Абс.	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2015	120	50	41,6	30	25	20	16,6
2016	125	60	48	35	28	25	20,8
2017	120	55	41,6	30	25	20	16,6



Рисунок 1 – Категории медицинских сестер в «СООД»

По данным таблицы видно, что количество специалистов с первой категорией увеличилось в численности, а уменьшение таких специалистов в 2017 году связано с увольнением сотрудников с первой категорией. Количество специалистов со второй категории так же изменились так как это связано с увольнением некоторых сотрудников и декретным отпуском. Количество специалистов с высшей категорией так же изменилось за 3 года, это связано с нахождением более лучшим местом работы.

В основном медицинских сестер не устраивает отношение начальства, в том числе и непосредственно старших сестер, но не во всех отделениях является этот пункт причиной смены работы, чаще сотрудников не устраивает график дежурств и высокая интенсивность труда.

### 2.3 Материалы и методы обследования

Для оценки качества работы медицинских сестер исследовали объективные критерии в соответствии с Экспертными картами и субъективные критерии по результатам социологического опроса и данным анкетирования



пациентов в период с 15 января по 15 апреля 2018 года. В исследовании участвовали 10 медсестер химиотерапевтического отделения.

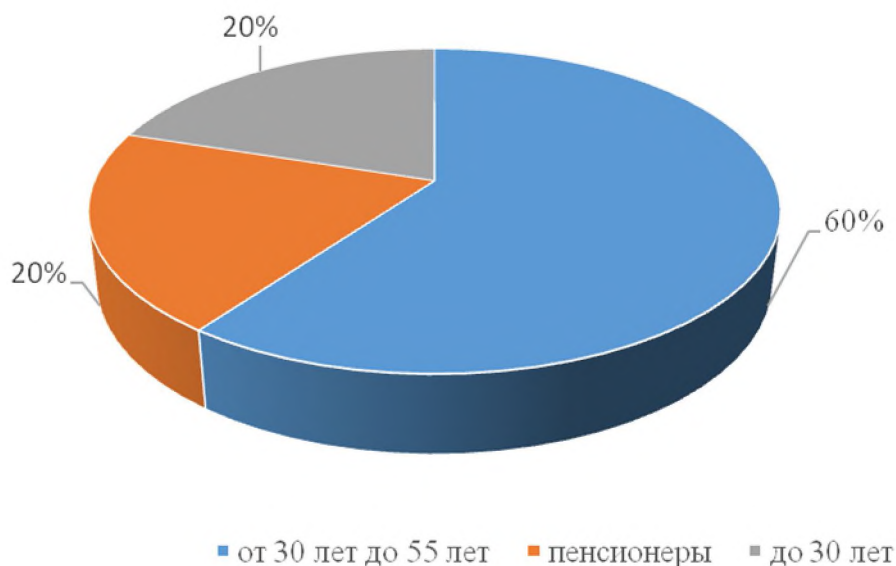


Рисунок 2 – Анализ медсестер химиотерапевтического отделения по возрасту

В исследовании принимали участие следующие возрастные категории; 2 медсестры до 30 лет и 2 медсестры пенсионного возраста, что составляет - 40%, а 60 % исследуемых в возрасте от 30 до 55 лет.

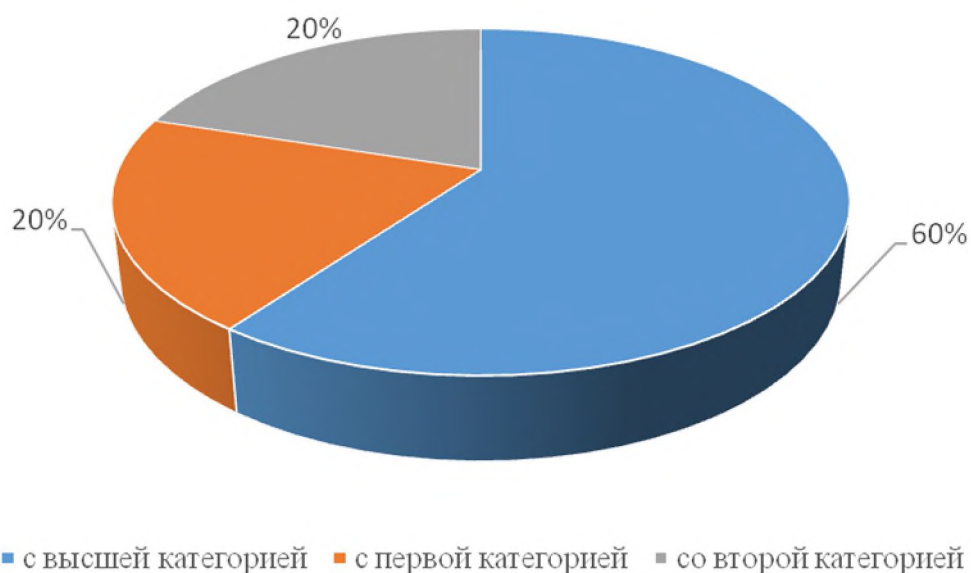


Рисунок 3 – Анализ медсестер химиотерапевтического отделения по квалификационной категории

Вторую категорию имели медсестры с меньшим стажем работы в возрасте до 30 лет, более опытные и более старшие по возрасту медсестры имели более высокие категории.

Оценка качества работы проводилась по критериям, разработанным отдельно для процедурных и палатных медсестер в СООД по рекомендации Совета старших сестер – экспертов в соответствии с универсальным коэффициентом, который ежемесячно подчитывала старшая медсестра отделения как эксперт.

Критерии оценки качества работы процедурных и палатных медсестер представлены в Приложении №1 и №2.

Основные экспертные критерии, по которым рассчитывается Интегральный критерий качества:

- К1) профессиональная подготовка специалиста;
- К2) организация труда медицинской сестры;
- К3) сестринская практика;
- К4) оказание неотложной помощи;
- К5) медицинская этика и деонтология;
- К6) инфекционная безопасность;
- К7) документирование сестринской деятельности.

Содержание критериев представлены в таблице

Таблица 12 Критерии оценки качества работы медицинской сестры химиотерапевтического отделения

№ п/п	Критерий (К) Содержание критерия	Оценоч- ный балл
1	2	3
1	<p>Профессиональная подготовка специалиста (К<sub>1</sub>):</p> <p>Уровень теоретической подготовки по сестринскому делу.</p> <p>Прохождение усовершенствования, аттестации, перееаттестации.</p> <p>Знание и применение на практике регламентирующих документов по основным разделам сестринской деятельности</p> <p>Своевременная сдача тестовых экзаменов и зачетов по специальной подготовке и приказам МЗ РФ, касающихся компетенции медицинской сестры</p> <p>Аттестация на рабочем месте.</p> <p>Участие в проведении семинаров, конференций.</p>	0 - 3

1	2	3
	Посещение занятий по специальной подготовке Самообразование и самосовершенствование	
2	Организация труда медицинской сестры (K <sub>2</sub> ): Соблюдение правил внутреннего трудового распорядка ЛПУ Четкое выполнение должностных обязанностей Рациональная организация своего труда Соблюдение правил охраны труда, правил пожарной безопасности и мероприятий по чрезвычайным ситуациям Обеспечение контроля и исправности медицинского инструментария, оборудования, предметов ухода Освоение и владение инновациями в работе процедурной медицинской сестры Соблюдение сохранности материальных ценностей.	0 – 3
3	Сестринская практика (K <sub>3</sub> ): Своевременное выполнение врачебных назначений Владение техникой выполнения процедур и манипуляций Знание и соблюдение правил хранения, учета и использования лекарственных средств, перевязочного материала	0 - 3
4	Оказание неотложной помощи (K <sub>4</sub> ): Своевременное предоставление неотложной доврачебной помощи при острых состояниях	0 - 3
5	Медицинская этика и деонтология (K <sub>5</sub> ): Соблюдение этического кодекса медицинской сестры России Соблюдение принципов деонтологии, профессиональной компетенции, законных прав пациентов	0 - 3
6	Инфекционная безопасность (K <sub>6</sub> ): Соблюдение норм и правил по организации санитарно - эпидемиологического режима Соблюдение мер инфекционной безопасности при контакте с биологическими жидкостями Отсутствие осложнений, связанных с выполнением процедур и манипуляций Соблюдение мер индивидуальной защиты Отрицательные результаты контроля дезинфекции и стерилизации Отрицательные результаты бактериологического контроля	0 - 3
7	Документирование сестринской деятельности (K <sub>7</sub> ): Своевременность оформления и ведения медицинской документации	0 - 3

$$\text{ИКК (интегральный критерий качества)} = \frac{K_1 + K_2 + K_3 + K_4 + K_5 + K_6 + K_7}{7}$$

- 2,7 – 3 – высокий уровень;
- 2,4 – 2,6 – средний;
- 2,3 – 0 - ниже среднего.

Таблица 13 Показатели уровня качества оказания сестринской помощи

Итоговые баллы соответствия (ИБС)	Уровни качества сестринской помощи	Результаты экспертизы
2,7 – 3	Высокий	Возможно материальное стимулирование в размере 100%
2,4 – 2,6	Средний	Проведение анализа выявленных замечаний, оказание консультативной помощи, принятие зачетов в устной форме. Возможно материальное стимулирование до 50%.
2,3 - 0	Ниже среднего	Проведение анализа выявленных замечаний, оказание консультативно - обучающей помощи, отработка сестринских технологий с принятием зачетов, проведение тестовых экзаменов, решение вопроса о профессиональной пригодности.

Универсальный коэффициент за каждый месяц исследования и суммировался для каждой медсестры, принимающей участие в исследовании и итоговый результат оценки по каждой медсестре представлен на диаграммах.

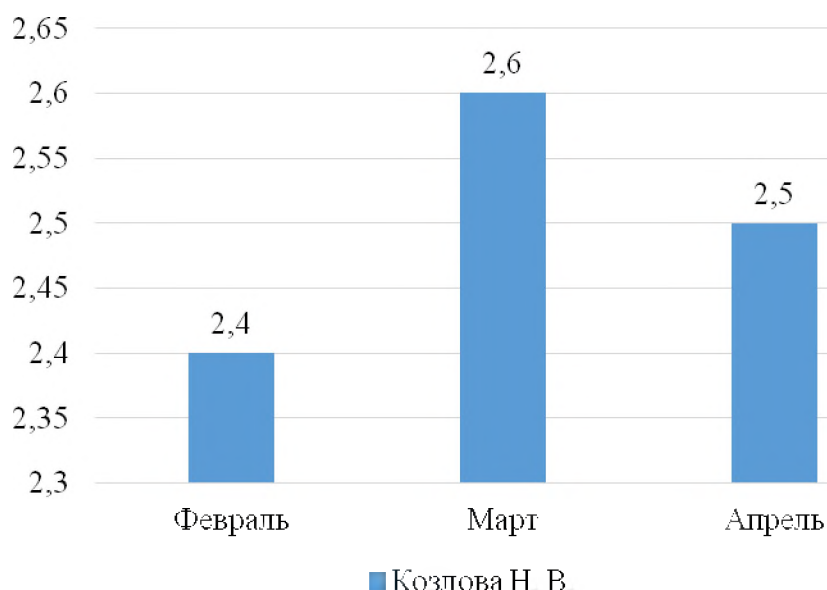


Рисунок 4 – Показатели оценки работы постовой медсестры

На диаграмме показатели оценки качества работы постовой медицинской сестры, видно, как в течении трех месяцев менялся балл у медсестры Козловой Н.В. Меняются незначительно, что связано с состоянием медсестры так как эмоциональное и физическое истощение довольно сильно влияет на оценку деятельности медсестры.

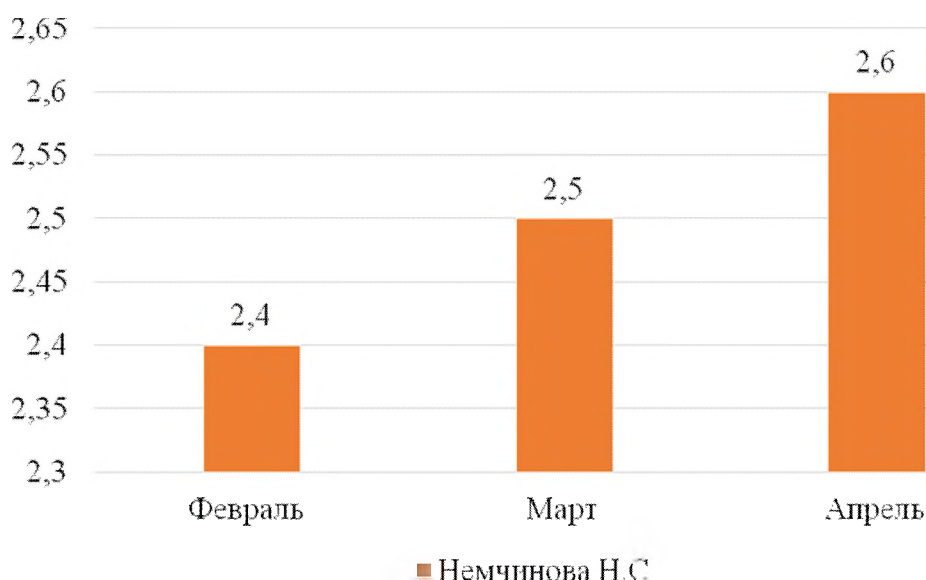


Рисунок 5 Показатели оценки работы постовой медсестры

На диаграмме показатели оценки качества работы постовой медицинской сестры видно как в течении трех месяцев менялся балл у медсестры Немчиновой Н.С. Показатели меняются по возрастанию, так как данная медсестра вышла из отпуска, что дало ей силы и мотивации на работоспособность.

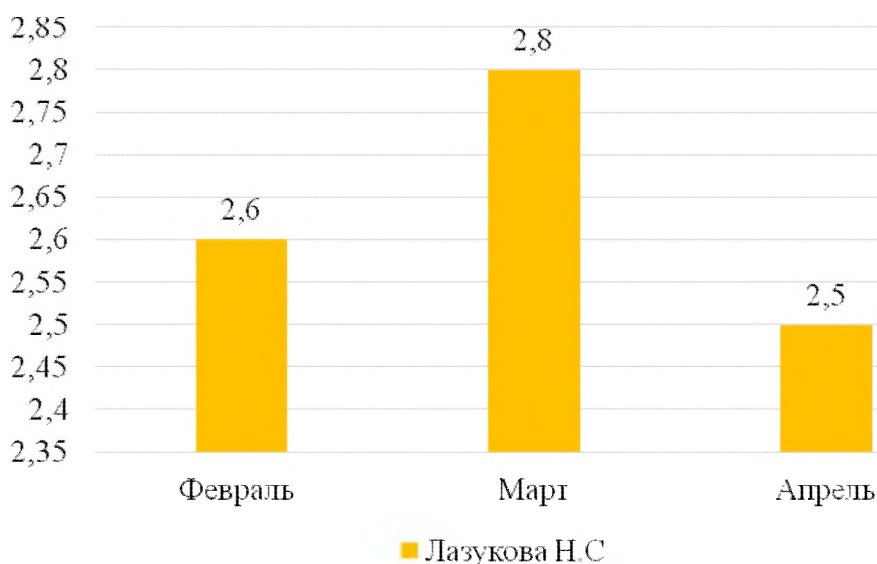


Рисунок 6 Показатели оценки работы постовой медсестры

На диаграмме показателей оценки качества работы медицинской сестры постовой видно как в течении трех месяцев менялся балл у медсестры Ла-

зуковой Н.С. Показатели меняются в разном порядке по причине нервозности на рабочем месте.

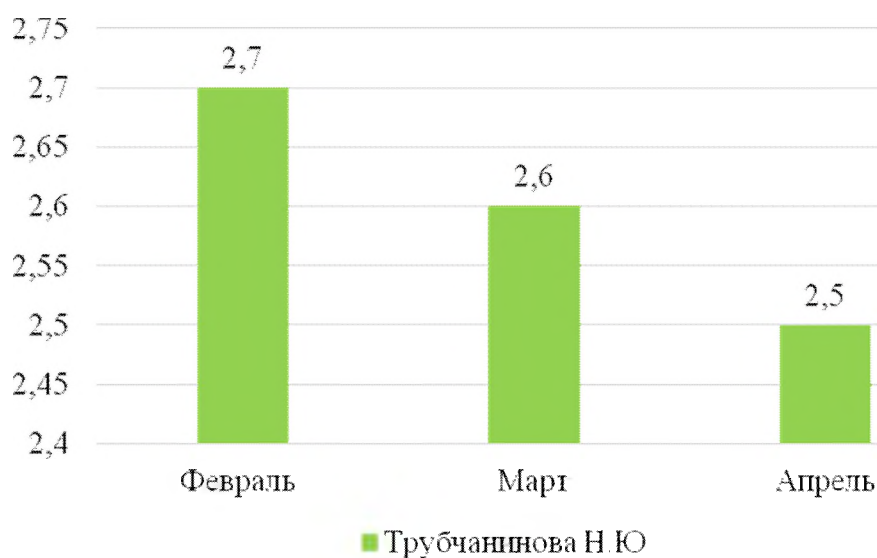


Рисунок 7 Показатели оценки работы постовой медсестры

На диаграмме показатели оценки качества работы постовой медицинской сестры видно, что в течении трех месяцев менялся балл у медсестры Трубчаниновой Н.Ю. Показатели меняются по возрастанию так как данная медсестра занимается саморазвитием, изучает научные статьи, связанные с сестринской деятельностью.

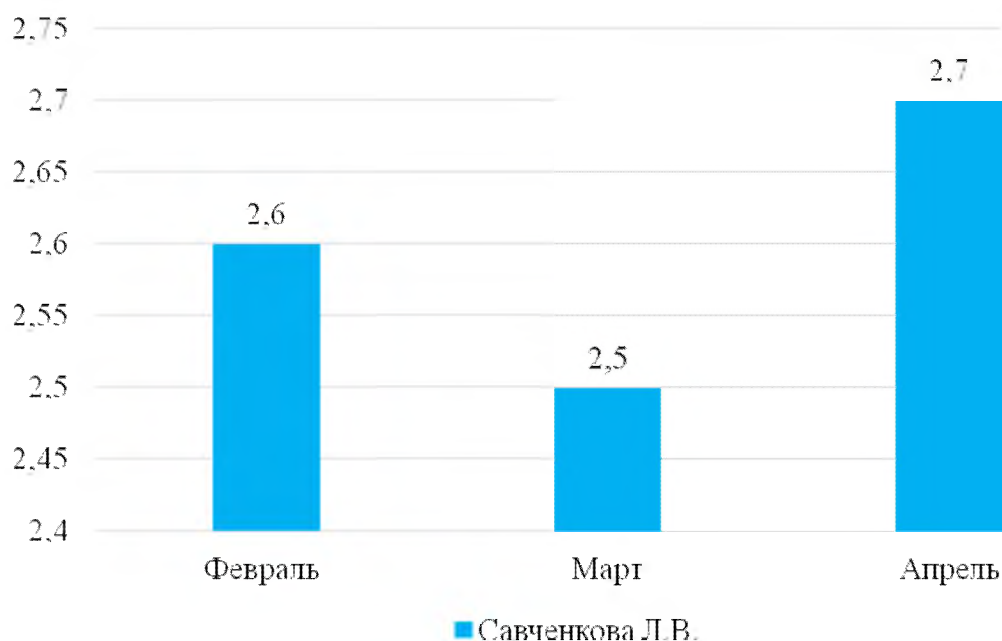


Рисунок 8 Показатели оценки работы постовой медсестры

На диаграмме показатели качества работы постовой медицинской сестры видно, как в течении трех месяцев менялся балл у медсестры Савченко Л.В. Показатели меняются по разному это связано с синдромом эмоционального выгорания, так как данная медсестра в большей степени подвержена влиянию данного синдрома.

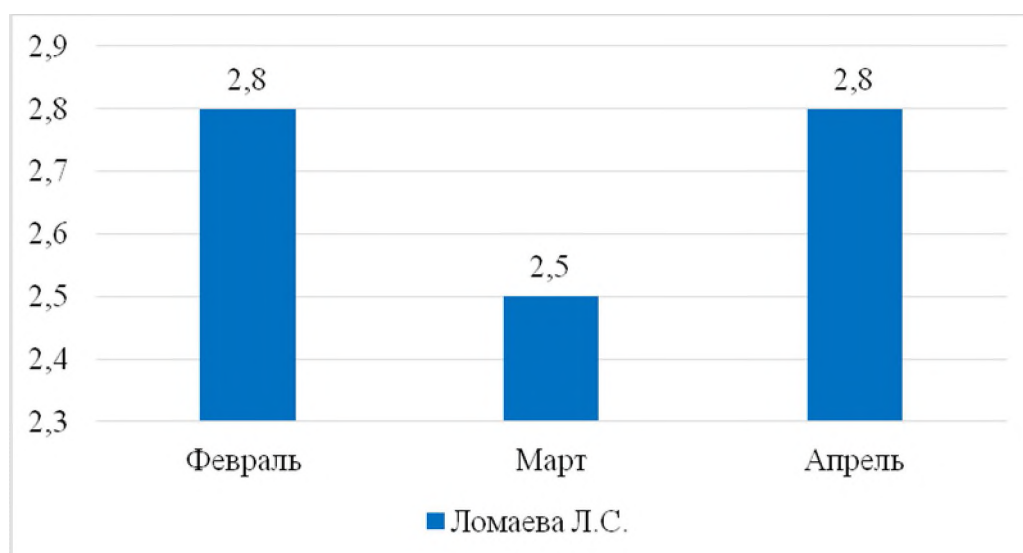


Рисунок 9 Показатели оценки работы постовой медсестры

На диаграмме показатели оценки качества работы медицинской сестры постовой видно как в течении трех месяцев менялся балл у медсестры Ломаева Л.С. Показатели меняются: в марте медсестра показала низкий показатель по причине того, что внедрили дополнения в медицинской документации, а ее не уведомили об этом нововведении.

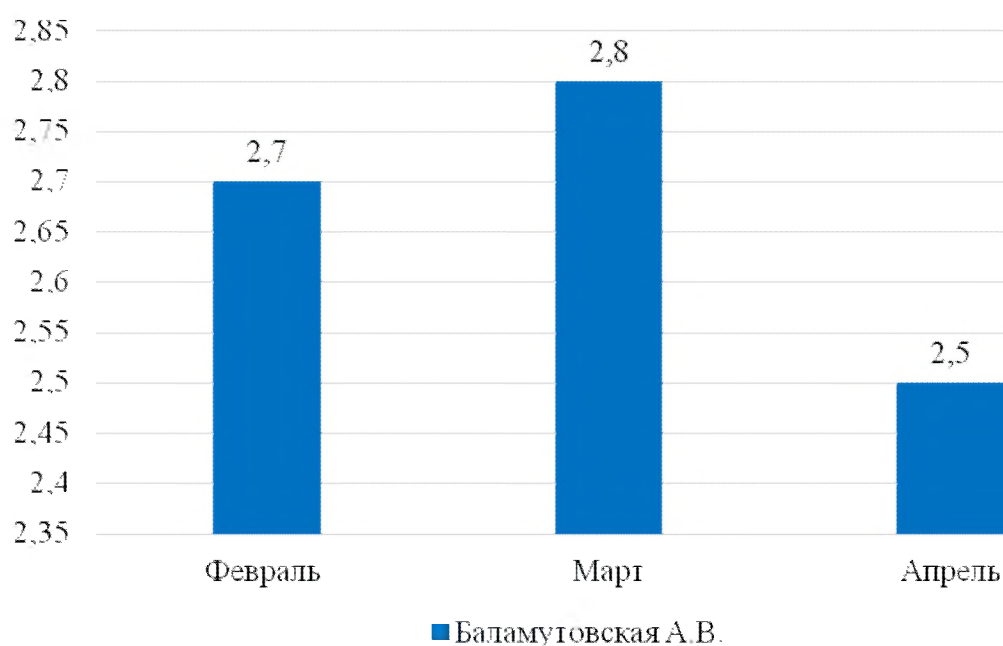


Рисунок 10 Показатели оценки работы  
постовой медсестры

На диаграмме показатели оценки качества работы постовой медицинской сестры, видно как в течении трех месяцев менялся балл у медсестры Баламутовской А.В. Показатели меняются ежемесячно, что связано с нервозностью на рабочем месте.

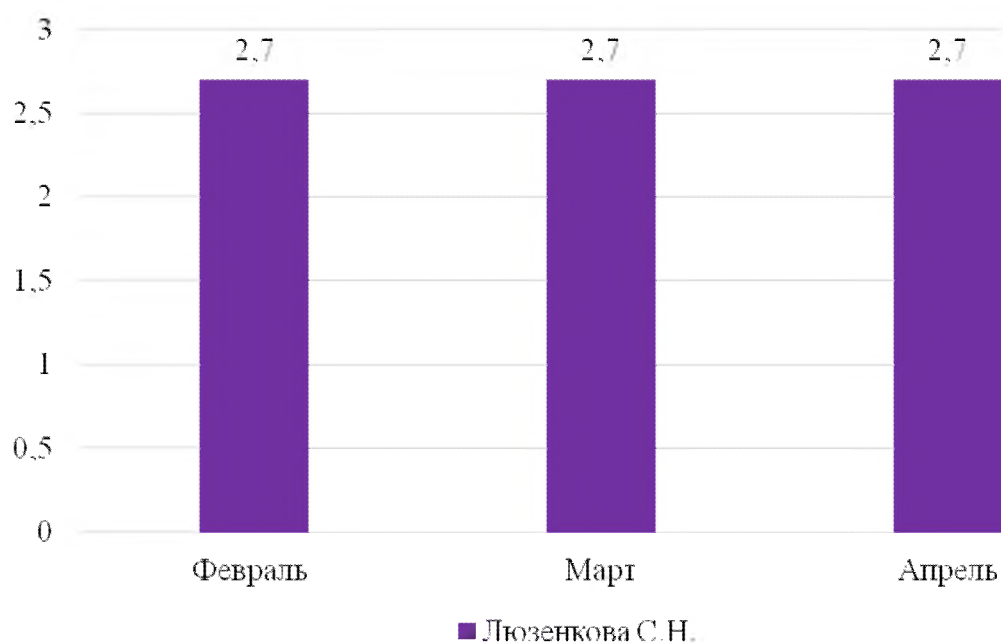


Рисунок 11 Показатели оценки работы постовой медсестры



На диаграмме показатели оценки качества работы постовой медицинской сестры в течении трех месяцев не меняются у медсестры Люзенкова С.Н.

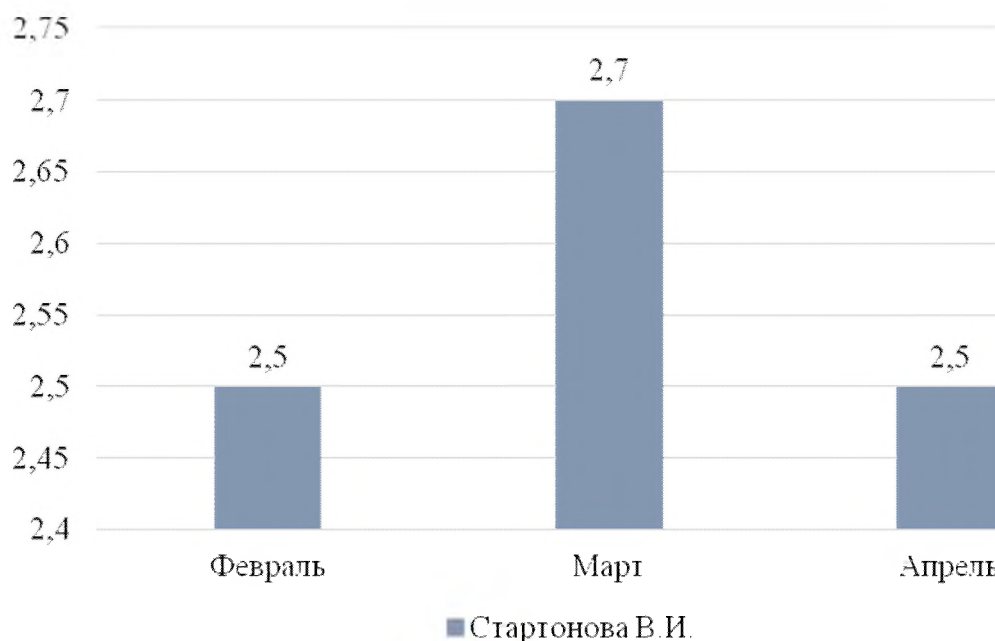


Рисунок 12 Показатели оценки работы медсестры процедурного кабинета

Показатели качества работы процедурной медицинской сестры были снижены в апреле из-за жалобы пациента.

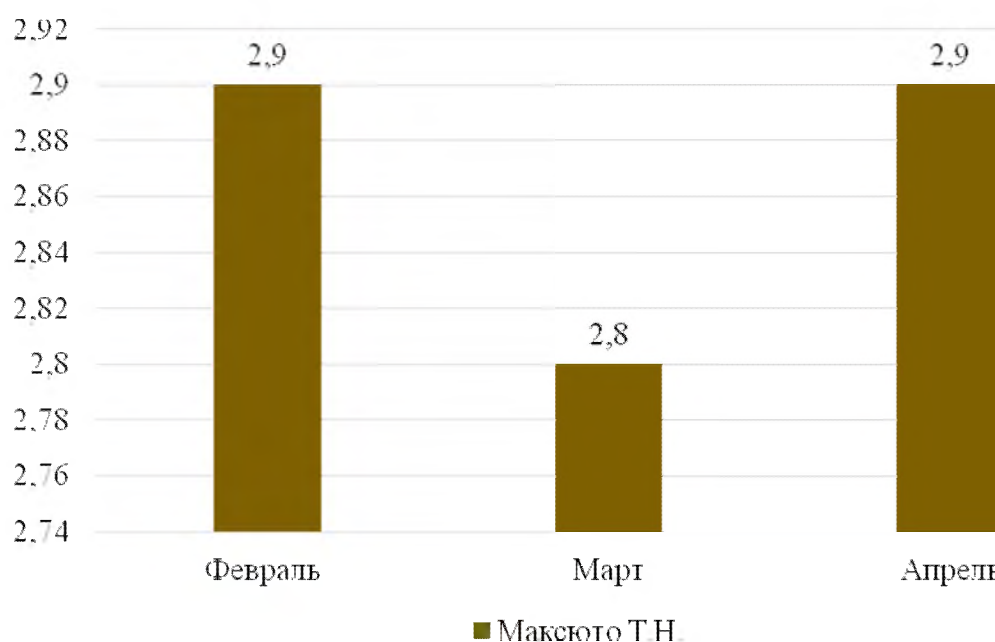


Рисунок 13. Показатели оценки медсестры процедурного кабинета

Показатели качества работы медицинской сестры процедурного кабинета Максюты Т.Н. возросли в апреле из-за своевременного исправления Замечаний, указанных в Приложении к Экспертной карте.

Выводы по диаграммам: у медицинских сестер процедурных кабинетов суммарные показатели оказались ниже чем у палатных медсестер так как у них интегральный коэффициент оказался ниже чем у палатных. Среди палатных медсестер наиболее высокие показатели имеют более стажированные медицинские сестры с высшей категории.

Обозначения:

Медсестра №1 – Козлова Н.В.

Медсестра № 6 – Ломаева Л.С.

Медсестра № 2 – Немчинова Н.С.

Медсестра № 7 – Баламутовская А.В.

Медсестра № 3 – Лазукова Н.С.

Медсестра № 8 – Люзенкова С.Н.

Медсестра № 4 – Трубочанинова Н.Ю.

Медсестра № 9 – Стратонова В.И.

Медсестра № 5 – Савченкова Л.В.

Медсестра № 10 – Максюты Т.Н.

Диаграмма по среднемесячному интегральному показателю качества по экспертным картам.

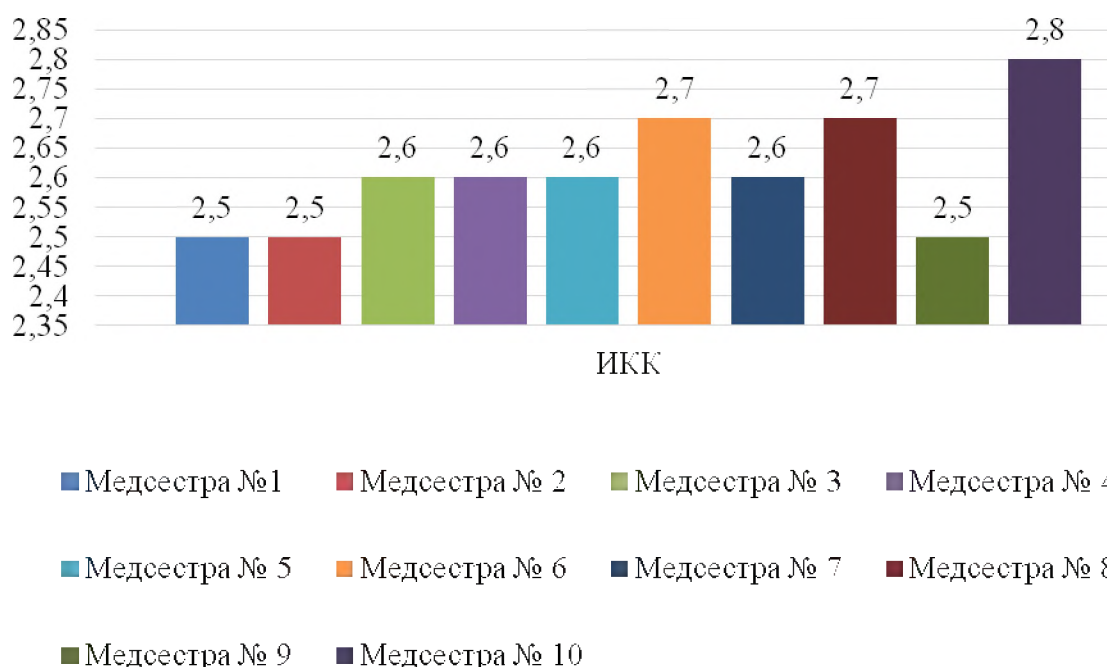


Рисунок 14 Показатели интегрального коэффициента качества

На данной диаграмме можем наблюдать самый высокий показатель у Максюты Т.Н. так как она первоклассный специалист, имеет высшую категорию и знает свою работу в совершенстве. Самый низкий показатель у нескольких медсестер, имеющих жалобы и замечания от пациентов, так как недостаточно владеют коммуникативными навыками.

Данные показатели используются как критерии для оплаты в системе ОМС.

Показатели, снижающие итоговый балл соответствия уровню оказания сестринской помощи:

1. Интегральный коэффициент качества ниже среднего уровня.
2. Административные взыскания.
3. Жалобы пациента.
4. Несвоевременное некачественное выполнение врачебных назначений и сестринских технологий.
5. Осложнения после выполнения сестринских процедур и манипуляций.
6. Положительные результаты бактериологического контроля и индикаторов стерильности.
7. Несоблюдение стандартов.

Результаты экспертной оценки всех уровней контроля фиксируются в Контрольной карте (*Приложение к Контрольной карте*), которая заполняется на каждую медицинскую сестру, рассчитывается ИКК (интегральный критерий качества), по нему проводится анализ деятельности, как отделения, так и каждой медицинской сестры в отдельности.

Показатели социологического опроса и результаты не учитывались ранее при анализе качества работы медицинской сестры и работы отделения в целом.

Для оценки степени удовлетворенности пациентов качеством помощи и удовлетворенности персонала своей работой использовали социологические методы исследования качества работы медицинских сестер.

Для оценки удовлетворенности пациентов изучали записи в книге отзывов, проводили опрос 20 пациентов ежемесячно по специальному опроснику, содержание которого представлено в приложении № 3. Результаты опроса позволили выяснить удовлетворенность пациентов химиотерапевтического отделения качеством стационарной помощи, в том числе работой процедурных и палатных медсестер

В качестве субъективного метода оценки качества работы медицинских сестер использовался метод анкетирования с января по март 2018 года. Анкета представлена в приложении 3.

По результатам анкетирования были выявлены показатели качества работы медсестер по 3-балльной системе за 3 месяца, они представлены на диаграммах по каждой медсестре.

Оценка работы по результатам опроса и анкетирования проводилась по 3 балльной шкале для каждой медицинской сестры пациентами, которые находились на лечении и согласились участвовать в исследовании. Пациенты в количестве 10 человек ежемесячно заполняли анкету, каждый месяц состав анкетированных менялся. Всего в опросе и анкетировании участвовало 30 человек. Полученный от пациентов рейтинговые баллы по каждой медицинской сестре суммировались и вычислялся средний балл ежемесячно.

Данный средний балл субъективной оценки качества работы медицинской сестры ранее не учитывался при вычислении Интегрального критерия качества (ИКК), который входит как компонент в Итоговый балл соответствия уровню оказания сестринской помощи медицинской помощи. Учитывались ранее только субъективные отрицательные показатели (жалобы) для снижения Итогового балла соответствия, который влиял только на снижение процента выплат из фонда материального стимулирования. При этом критерий социальной удовлетворенности (КСУ) пациентов качеством работы медицинской сестры не входил как часть какого-либо критерия, учитывался только факт неудовлетворенности качеством. Полученные при опросе и анкетировании баллы рейтинговой оценки пациентов были добавлены в процессе

исследования в раздел 5 Таблицы «Критерии качества труда медицинских сестер химиотерапевтического отделения» и вновь подсчитали Итоговый балл соответствия. Балл субъективной оценки качества работы медицинской сестры повлиял на Итоговый балл соответствия и изменения отражены в диаграмме.

Обозначения:

Медсестра №1 – Козлова Н.В. Медсестра № 6 – Ломаева Л.С.

Медсестра № 2 – Немчинова Н.С. Медсестра № 7 – Баламутовская А.В.

Медсестра № 3 – Лазукова Н.С. Медсестра № 8 – Люзенкова С.Н.

Медсестра № 4 – Трубочанинова Н.Ю. Медсестра № 9 – Стратонова В.И.

Медсестра № 5 – Савченкова Л.В. Медсестра № 10 – Максютю Т.Н.

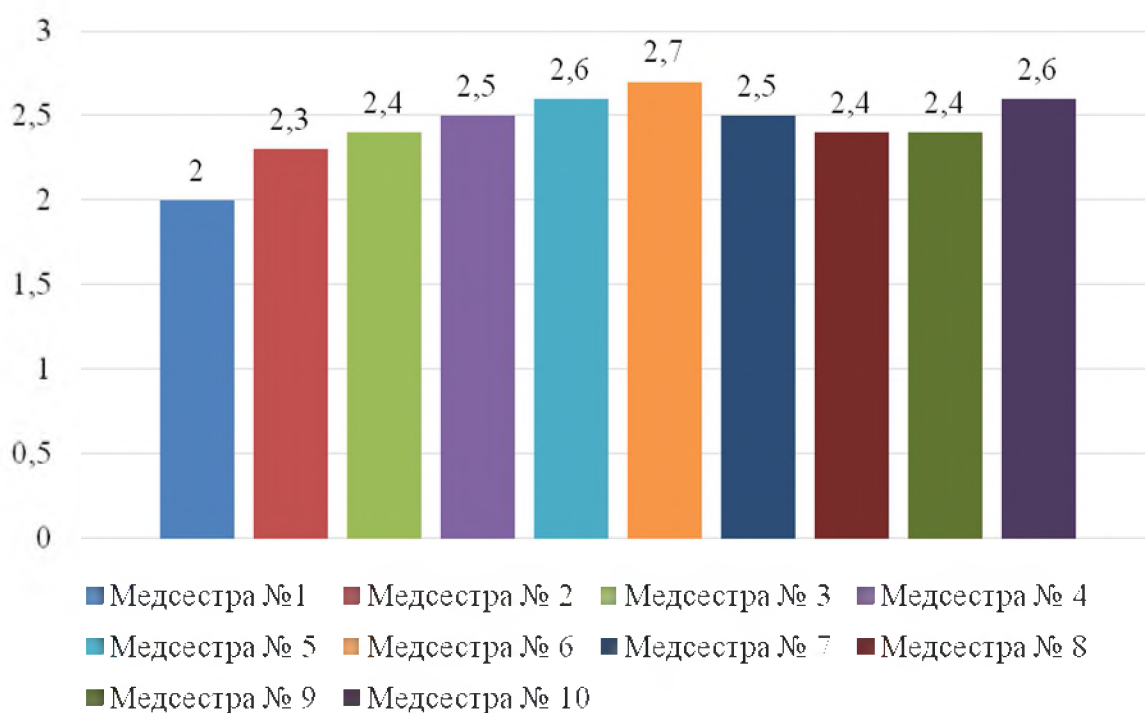


Рисунок 16– Оценки качества работы медсестер с учетом результатов анкетирования – итоговый балл соответствия

На диаграмме самый большой показатель у медсестры № 6 (Ломаева Л.С). Повлиял на оценку качества результат подсчета с использованием показателя из анкет пациентов перед выпиской из химиотерапевтического от-

деления. Показатель получился выше, потому что пациенты оценили ее работу как наиболее интеллигентной и дисциплинированной медсестры.

ИКК по экспертным картам свидетельствует о том, что пациенты оценивают медсестер не только по тому, как они выполняют должностные функции, но важным критерием является отношение медицинской сестры к пациентам.

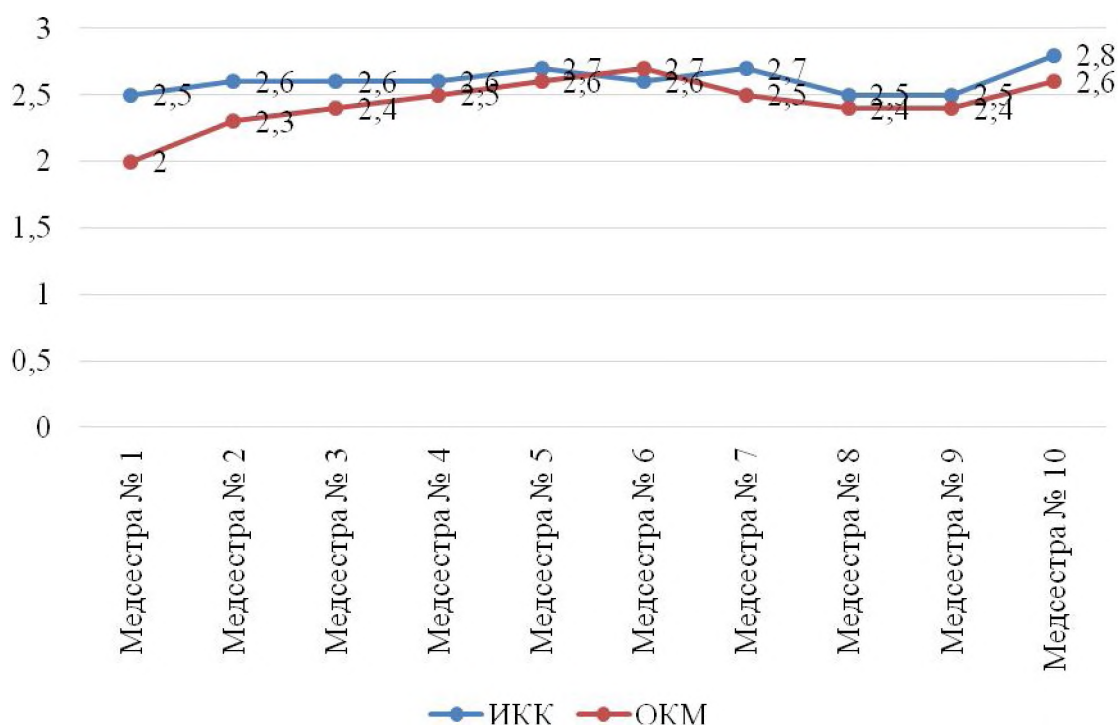


Рисунок 17 Сравнительный анализ критериев качества работы  
без учета и с учетом анкетирования пациентов

Итоговый балл соответствия при учете КСУ (коэффициента социальной удовлетворенности) в данном исследовании вырос, что влияет на проценты выплат из фонда материального стимулирования. Результаты изучения КСУ позволили выяснить не только количественные характеристики удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи, но и качественные оценки содержания работы медицинских работников с конструктивными предложениями по совершенствованию работы химиотерапевтического отделения.

Выводы по исследованию:

Система оценки качества труда медицинских сестер химиотерапевтического отделения по объективным критериям качества позволяет осуществлять мониторинг качества, но не учитывает коэффициент социальной удовлетворенности пациентов химиотерапевтического отделения.

Использование социологических методов позволяет провести оценку качества труда медицинских сестер, учитывая фактор удовлетворенности пациентов их работой, выявляет узкие места в организации медицинской деятельности.

Расчет коэффициента социальной удовлетворенности по итогам анкетирования и учет его при расчете ИКК (интегрального критерия качества) в пункте Критерии качества № 5, влияет на итоговый коэффициент соответствия стандарту медицинской помощи.

Проведение анкетирования при поступлении в химиотерапевтическое отделение и при выписке пациентов из отделения, позволяет оценить качество работы медицинских сестер не только по количественным параметрам, но и по качеству оказания медицинских услуг.

Информирование медицинских сестер о результатах оценки их труда пациентами не только по количественным критериям, но и по содержанию, формирует у них уверенность в том, что качество труда определяет по объективным критериям не только старшая сестра, но пациенты, замечания объективны и справедливы, распределение выплат из фонда материального стимулирования происходит адекватно проведенной работе.

Учет результатов анкет и расчет коэффициента социальной удовлетворенности пациентов выявил недостаточный уровень коммуникативных навыков у некоторых медицинских сестер.

Результаты опроса, анкетирования и выводы были заслушаны на линейке в отделении и на Совете старших медицинских сестер.

### 3. РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОЦЕНИВАНИЯ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

При проведении исследования изучались теоретические аспекты оценки труда медицинских сестер как важной части кадрового ресурса медицинских работников в период модернизации системы здравоохранения. Эффективность работы медицинских сестер вносит весомый вклад в качество оказываемых населению медицинских услуг, разработка и внедрение объективных критериев оценки их труда, позволяют своевременно получать объективную информацию о соответствии получаемого объема, срока получения медицинской помощи государственным стандартам, проконтролировать качество и условия предоставления медицинской помощи по обязательному и добровольному медицинскому страхованию, оценить удовлетворенность граждан качеством бесплатной и платной медицины. Оценка результатов исследования позволила внести коррективы в Карты экспертной оценки, усовершенствовать подсчет Интегрального критерия качества труда и коэффициент соответствия технологии сестринской помощи. Разработали рекомендации по управлению качеством работы медицинских сестер химиотерапевтического отделения. Цель работы - оценка качества труда сестринского персонала и разработка рекомендации по его совершенствованию на базе химиотерапевтического отделения ГБУЗ СО «СООД» достигнута.

Задачи по изучению теоретических аспектов оценки качества труда сестринского персонала, анализу сложившейся системы оценивания качества труда сестринского персонала в медицинском учреждении (На примере ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер» г. Екатеринбург) и разработке рекомендаций по совершенствованию оценивания труда медицинских сестер - достигнуты.

С результатами проведенной работы ознакомлены сотрудники химиотерапевтического отделения ГБУЗ СО «СООД», Совет медицинских сестер с



целью рассмотрения, изучения и последующего внедрения данного проекта в практическую деятельность учреждения.

В качестве рекомендаций по совершенствованию оценивания труда медицинских сестер предложено:

1. Усовершенствовать критерии в Экспертной карте, включая в развернутую характеристику критериев оценки качества балльно-рейтинговые показатели удовлетворенности пациентов качеством сестринской помощи.

2. Разработать план по ежемесячному мониторингу социальной удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи по специально разработанным анкетам в первую неделю поступления и перед выпиской из химиотерапевтического стационара.

3. Для разработки вышеперечисленных документов рекомендовано создание рабочей группы, в состав которой необходимо включить главную медицинскую сестру, старших медицинских сестер разных по профилю оказываемой помощи отделений, опытных медицинских сестер, являющихся лидерами в своих отделениях.

4. Усовершенствовать систему последипломного обучения по разделам этики, деонтологии и коммуникативным навыкам. Умение общаться повышает профессиональную успешность, позволяет создавать благоприятные психоэмоциональные условия для лечения и реабилитации онкологических больных, облегчает формирование позитивного настроения на целесообразность лечения и реабилитации онкологических больных.

5. Для внедрения в работу ГБУЗ СО «СООД» предложены документы и материалы, разработанные для оценки качества работы сестринского дела.

1. Анкета пациента химиотерапевтического отделения (приложение № 1 и № 2).

2. Карта экспертной оценки качества работы палатной медсестры (приложение № 3).

3. Карта экспертной оценки качества работы процедурной медсестры (приложение № 4).

4. Контрольная карта ежемесячной оценки качества работы медицинской сестры (приложение № 5).

5. Приложение к Контрольной карте по выявленным недостаткам экспертизы качества (приложение № 6).

В целях непрерывного повышения качества возможна организация управления качеством на основе цикла РДСА, предложенного доктором У.Демингом. Цикл всегда имеет несколько оборотов. Реализация этого цикла группой специалистов может обеспечить повышение качества услуг, наибольшую эффективность при минимальных затратах. Работа по циклу может повторяться до достижения запланированных результатов.

Р: (PLAN – планирование).

1. Определение целей и задач с установлением конечного срока их выполнения. Задачи следует определять на основании стоящих проблем и они должны определяться таким образом, чтобы обеспечить совместные действия всех подразделений.

2. Определение способов (путей стратегий) достижения целей. План мероприятий. Цель реализации системы – получение определенных показателей качества. Необходимо определить факторы и причины, формирующие данные показатели. Такой подход поможет предвосхитить проблемы и предотвратить их возникновение. Это прогрессивное управление. В процессе поисков следует консультироваться с исполнителями. Ключ к успеху – в решительной стандартизации очевидных вещей и передачи их подчиненным.

3. Обучение и подготовка кадров. На всех этапах прохождения цикла Деминга существует острая необходимость в квалифицированных работниках. Поэтому руководители несут ответственность за обучение и воспитание своих подчиненных. Получив подготовку, образование человек становится работником, на которого можно положиться и которого можно облечь властью.

Д: (ДО – действие).

4. Выполнение работ. Можно заставить подчиненных выполнять работу, отдав соответствующие распоряжения, но такой процесс никогда не будет протекать гладко. Следует обращать особое внимание на добровольное начало.

С: (CHECK – контроль результатов).

5. Проверка результатов выполнения работ. Если все идет в соответствии с поставленными задачами и согласно требованиям стандартов, никакого вмешательства не требуется. Но когда имеют место необычные явления или нарушается заведенный порядок, должен вмешаться руководитель. Цель – обнаружение отклонений, для чего необходимо выполнить оценку работы по ее результату, проверить причины.

А: (ACTION – корректирующие действия).

6. Осуществление соответствующих управляющих воздействий. При этом необходимо принять меры во избежание повторения отклонений, положить конец нарушениям, устранить причины, вызвавшие отклонения.

Проблема обеспечения качества медицинской помощи требует от руководителей комплекса организационных, регламентирующих, образовательных, воспитательных мероприятий, контроля, материально-лекарственного обеспечения, использования арсенала дисциплинарных методов. Основанием для принятия адекватных управленческих решений могут служить не только объективные данные оценки экспертов, но и субъективные оценки - опросы и анкетирование пациентов.

Важное значение имеет обеспечения качества медицинской помощи отделением химиотерапии с учетом следующих факторов:

1. Человеческий – сотрудник квалифицированный, с желанием работать в данной должности, обучен технологиям и стандартам, выполняет должностные инструкции, активно устраняет возникшие проблемы.

2. Организационный – на рабочем месте имеется описание технологий, стандарты, должностные инструкции, регламент взаимодействия данной должности (рабочего места) с другими рабочими местами (работниками) подразделения или других подразделений.

3. Технический – рабочее место оснащено всем необходимым для выполнения функций данного работника.

4. Фактор времени – работник наделен достаточным временем для выполнения своих функций и технологических процессов на достаточно высоком уровне, в соответствии со стандартом.

5. Управленческий – четкое квалифицированное управление, поддержка, помощь, контроль со стороны руководителей, оценка качества труда в соответствие с четкими критериями качества.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Адекватная система управления качеством должна реагировать не только на конечный результат медицинской помощи, но и предотвращать дефекты. Управление качеством должно осуществляться не «по отклонению», а по максимальному использованию возможностей с целью предотвращения ошибок в оказании медицинской помощи. Данная концепция рассчитана на создание внутриведомственной системы управления качеством.

Для повышения качества медицинской помощи необходимо улучшить организацию работы медицинского персонала, совершенствовать систему последипломного обучения специалистов с высшим и средним медицинским образованием, определять компетентность каждого специалиста в рабочем порядке, а так же при аттестации среднего медицинского персонала, создать систему управления и контроля текущего процесса на основе стандартов качества, организационных стандартов и современных технологий, создать действенную систему признания заслуг персонала, тесно увязанную с качеством работы.

Для осуществления контроля за качеством медицинской помощи в учреждении необходимо:

1. Создать стандарты технологий, результатов; выработать требования, критерии должной работы (должностные инструкции, нормативы, правила и др.).
2. Сопоставлять реальные результаты деятельности с выработанными стандартами и критериями, осуществлять мониторинг качества труда по утвержденным критериям.
3. Принимать решения о необходимых мероприятиях по итогам контроля, например, внесение изменений в организацию работы (нагрузка, изменение объемов отдельных функций, повышение квалификации, моральное и материальное стимулирование и пр.).

Для непрерывного улучшения качества необходимо:

1. Развивать сильную ориентацию на потребителя; (внешний потребитель – пациент, внутренний потребитель – сотрудник).
2. Непрерывно улучшать все процессы, используя цикл: планируй - делай, проверяй, действуй.
3. Вовлекать сотрудников в процесс, применяя цикл: одобряйте, учитывайте, поддерживайте и адекватно оплачивайте их труд, прославляйте их успехи.
4. Принимать решения об улучшении качества, выделяя наиболее важные цели для улучшения.
5. Развивать осознанное понимание коллективом истинных мотивов деятельности.
6. Поощрять свободное высказывание мнений, идей, предложений.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акопов В.И. Медицинское право: Учебник и практикум / В.И. Акопов – М. Юрайт, 2016 – 288с.
2. Акопов. В.И. Правовое обеспечение медицинской деятельности: Учебник и практикум / В.И. Акопов – М.: Юрайт, 2016. – 288 с.
3. Бутова Т.Г. Оценка качества медицинских услуг в современных условиях: проблемы и пути решения / Т.Г. Бутова // Электронный научный журнал Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 6
4. Бутова. В. Г. Основы управления медицинской организацией. / Т.Г. Бутова – М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2011. – 200 с.
5. Вялкова А.И. Клинический менеджмент / А.И. Вялкова // Под редакцией, В.З. Кучеренко. – М.: Медицина, 2006. – 304 с.
6. Габуева Л.А. Оплата труда персонала медицинских организаций. Эффективный контракт. Учебно-методическое пособие. / Л.А Габуева – М.: Проспект, 2015. – 296 с. // Главная медицинская сестра № 12, 2009 г.
7. Грузинов. А.Б. Основы качества информационной инфраструктуры организаций. В помощь руководителю организации. / А.Б .Грузинов – М.: Ваш полиграфический партнер, 2011. – 290 с.
8. Гусева. Н. М. Логистический подход к управлению медицинскими организациями. / Н. М .Гусева – М.: Palmarium Academic Publishing, 2012. – 176 с.
9. Двойников С.И Менеджмент в сестринском деле 2006г. 512с
10. Документация по обеспечению качества в сети ОМСЛ. – М.: Медицина, Шико, 2008. – 240 с.
11. Кайланич Г.А. Оценка качества стационарной медицинской помощи на основании формализованного интервью населения города орла//Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 2

12. Касимовская Н.А., Организация сестринской службы. Учебник. / Н.А Касимовская – М.: Медицинское информационное агентство, 2015. – 440 с.
13. Колосовская Е. Н. Обеспечение безопасности пациентов ведущая стратегия развития мирового здравоохранения.// Главная медицинская сестра № 11 2007г.
14. Кучеренко В.З Роль сестринского персонала в реформировании здравоохранения// сестринское дело 2008 № 3 28с
15. Лебедев А.А., Инновации в управлении медицинскими организациями. / Лебедев А.А – М.: Литтерра, 2010. – 176 с.
16. Лукьянова Т.В., Управление персоналом. Теория и практика. Управление инновациями в кадровой работе. / Лукьянова Т.В – М.: Проспект, 2016. – 72 с.
17. Митрофанова Е.А., Компетентностный подход в управлении персоналом. / Митрофанова Е.А – М.: Проспект, 2012. – 72 с.
18. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ [электронный ресурс] // Доступ из справ.-правовой системы «Консультант плюс».
19. Об утверждении Методических рекомендаций «Организация проведения социологического опроса (анкетирование) населения об удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования» : Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 29 мая 2009 г. № 118 [Электронный ресурс ] // Доступ из спр.- правовой системы «Консультант плюс».
20. Поляков И.В. Педагогический менеджмент в деятельности медицинской сестры-менеджмента // И.В. Поляков// Главная медицинская сестра. – 2008 № 8.
21. Программа развития сестринского дела в Российской федерации на 2010-2020 годы -// Главная медицинская сестра № 12 2009г.



22. Резолюция 3-го Всероссийского съезда средних медицинских работников (г. Екатеринбург, 15-16 октября 2009 г.) // Главная медицинская сестра, 2009 № 12.

23. Солонинкина Л.Ф. Критерии оценки деятельности медицинского персонала (окончание) / Л.Ф. Солонинкина // Главная медицинская сестра № 3 2008

24. Солонинкина Л.Ф. Критерии оценки деятельности медицинского персонала / Л.Ф. Солонинкина // Главная медицинская сестра, 2008, № 2.

25. Трифонов И.В. Эффективный начмед. Практическое руководство по управлению лечебным процессом в многопрофильном стационаре. / И.В Трифонов – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 74 с.

26. Трифонов И.В. Авторитетный главный врач. Обеспечение качества в медицинской организации. / И.В Трифонов – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 80 с.

27. Якимова Н.В. Организация непрерывного повышения квалификации сестринского персонала // Главная медицинская сестра № 9,12 2008.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Анкета № 1 по социальному мониторингу и оценке качества медицинской помощи, получаемой в ЛПУ, работающих в системе ОМС, при поступлении в химиотерапевтическое отделение

Сведения о респонденте (подчеркнуть нужное):

Пол- женский, мужской

Возраст – до 20 лет, от 20 до 30 лет, от 30 до 45 лет, от 45 до 60 лет, свыше 60 лет.

Социальная категория: работающий, пенсионер по возрасту, дети до 18 лет: обучающийся (студент), инвалид, безработный, домохозяйка, иностранные граждане, беженцы, другое.

Материальное положение/доход: удовлетворенное, хорошее, неудовлетворенное.

№	Вопрос	Варианты ответа	Оценка в баллах
1	Как вы оцениваете отношение к Вам лечащих врачей?	1.1 С вниманием и участием. 1.2 Не очень внимательно. 1.3 С безразличием . 1.4 Затрудняюсь ответить. 1.5 С раздражением и грубостью	1 0,75 0,5 0,25 0
2	Как вы оцениваете отношение к Вам палатной медсестры ?	1.1 С вниманием и участием 1.2 Не очень внимательно. 1.3 С безразличием . 1.4 Затрудняюсь ответить. 1.5 С раздражением и грубостью.	1 0,75 0,5 0,25 0
3	Как вы оцениваете отношение к Вам процедурной	3.1 С вниманием и участием 3.2 Не очень внимательно.	1 0,75

	медсестры ?	3.3 С безразличием . 3.4 Затрудняюсь ответить. 3.5 С раздражением и грубостью	0,5 0,25 0
4	Удовлетворены ли Вы результатом оказания медицинской помощи ?	4.1 Да полностью. 4.2 Больше да, чем нет. 4.1 Больше нет, чем да. 4.2 Затрудняюсь ответить. 4.3 Не удовлетворен.	1 0,75 0,5 0,25 0
5	Удовлетворены ли Вы материально-техническим оснащением ЛПУ (наличие диагностики аппаратуры, лабораторной диагностики и т.п.)?	5.1 Да, удовлетворен. 5.2 Больше удовлетворен, чем не удовлетворены. 5.3 Не полностью удовлетворен. 5.4 Затрудняюсь ответить. 5.5 Не удовлетворен.	1 0,75 0,5 0,25 0
6	Удовлетворены ли Вы организацией работы ЛПУ (наличие больших очередей к врачам, недоступность врачей-специалистов, отсутствие приспособлений для лиц с ограниченными возможностями)?	Да удовлетворен Больше удовлетворены, чем не удовлетворен. Не полностью удовлетворен. Затрудняюсь ответить. Не удовлетворен.	1 0,75 0,5 0,25 0
7	Приходилось ли Вам использовать личные средства при лечении в ЛПУ.	7.1 Нет не приходилось 7.2 Да приходилось иногда. 7.3 В ЛПУ принято заключение дополнительных договоров ДМС на проведение конкретной про-	1 0,75 0,5

		<p>цедуры.</p> <p>7.4 Да, нередко платил через кассу ЛПУ без заключения дополнительного договора ДМС.</p> <p>7.5 Да, приходилось очень часто.</p>	<p>0,25</p> <p>0</p>
--	--	---	----------------------

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Анкета по социальному мониторингу и оценке качества работы медицинских сестер, работающих в химиотерапевтическом отделении (при выписке пациентов).

Сведения о респонденте (подчеркнуть нужное):

Пол- женский, мужской

Возраст – до 20 лет, от 20 до 30 лет, от 30 до 45 лет, от 45 до 60 лет, свыше 60 лет.

Социальная категория: работающий, пенсионер по возрасту, обучающийся (студент), инвалид, безработный, домохозяйка, иностранные граждане, беженцы, другое.

Материальное положение/доход: удовлетворительное, хорошее, не-удовлетворительное.

№	Вопрос	Варианты ответа	Оценка в баллах
1.	Как вы оцениваете отношение к Вам палатной (процедурной) медицинской сестры?	С вниманием и участием. Не очень внимательно. С безразличием . Затрудняюсь ответить. С раздражением и грубостью	1 0,75 0,5 0,25 0
2.	Как обращается к Вам медицинская сестра при проведении процедур, манипуляций?	По имени и отчеству. По фамилии Пациент с фамилией Уменьшительно Пациент	1 0,75 0,5 0,25 0
3.	Удовлетворены ли Вы процессом оказания медицинской помощи ?	Да полностью. Больше да, чем нет. Больше нет, чем да.	1 0,75 0,5

		Затрудняюсь ответить.	0,25
		Не удовлетворен.	0
4.	Удовлетворены ли Вы результатом оказания медицинской помощи?	Да, удовлетворен.	1
		Больше удовлетворен, чем не удовлетворены.	0,75
		Не полностью удовлетворен.	0,5
		Затрудняюсь ответить.	0,25
		Не удовлетворен.	0
5.	Удовлетворены ли Вы организацией работы медицинской сестры в ЛПУ (доступность связи с мед. сестрой, наличие приспособления для связи, наличие приспособлений для лиц с ограниченными возможностями)?	Да удовлетворен	1
		Больше удовлетворены, чем не удовлетворен.	0,75
		Не полностью удовлетворен.	0,5
		Затрудняюсь ответить.	0,25
		Не удовлетворен.	0
6.	Приходилось ли Вам обращаться с просьбами к медицинской сестре, которые не входят в круг ее обязанностей, и она их выполняла	Не обращался с просьбами, но всегда помогали делом, советом и др.	1
		Да, приходилось часто, мне помогали	0,75
		Да, приходилось иногда, мне помогали	0,5
		Обращался с просьбами, вежливо объясняли отказ	0,25
		Обращался с просьбами, получал резкий отказ	0
7	Как Вы оцениваете порядок на рабочем месте медицинской сестры	Функционально, аккуратно всегда	1
		Функционально, аккуратно почти всегда	0,75
		Функционально всегда,	

		аккуратно не всегда	
		Функционально не всегда, аккуратно не всегда	0,5
		Беспорядок во всем	0,25
			0

# КАРТА ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ

## Качества работы палатной медицинской сестры

Отделение \_\_\_\_\_

Ф.И.О. эксперта \_\_\_\_\_

Ф.И.О. палатной медсестры \_\_\_\_\_

Дата проведения экспертизы \_\_\_\_\_

	Раздел работы	Положительно 2 балла	Недостаточно 1 балл	Неудовлетворительно 0 баллов
--	---------------	-------------------------	------------------------	---------------------------------

### 1. Организация рабочего места палатной медицинской сестры, ведение первичной медицинской документации

1.	<p>Готовность рабочего места к работе:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- общий порядок на посту;</li> <li>- общий порядок в кабинетах;</li> <li>- наличие достаточного количества расходного материала, лекарственных препаратов.</li> </ul>			
2.	<p>Прием и сдача дежурства:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- палаты;</li> <li>- манипуляционная;</li> <li>- пост;</li> <li>- санитарная;</li> <li>-раздаточная (в выходные и праздничные дни);</li> </ul>			



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- процедурный кабинет (в выходные и праздничные дни );</li> <li>- перевязочный кабинет(в выходные и праздничные дни ).</li> </ul>			
3.	<p>Качество оформления регламентированной медицинской документации:</p> <p>(Перечень по делопроизводству?)</p>			

## 2. Оказание медицинских услуг

1.	<p>Соблюдение технологий выполнения простых медицинских услуг:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul>			
2.	<p>Своевременность выполнения врачебных назначений:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- качество оформления и ведения листа назначений;</li> <li>- качество оформления и ведения температурного листа.</li> </ul>			

## 3. Выполнение требований нормативных документов, регламентирующих санитарно-эпидемиологический режим и инфекционную безопасность

1.	<p>Знание основных нормативных документов по противоэпидемическому режиму и инфекционной безопасности</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- перечень</li> </ul>			
2.	<p>Использование медицинским персоналом средств индивидуальной защиты (спец. одежда, колпачки, перчатки, маски, защитные очки)</p>			
3.	<p>Соблюдение правил инфекционной безопасности:</p> <p><i>организация дезинфекции</i></p>			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- наличие дезинфектантов, сроки хранения, условия хранения;</li> <li>- наличие технологической карты по использованию дезинфектанта;</li> <li>- наличие промаркированных емкостей для проведения дезинфекции;</li> <li>- наличие мерной емкости;</li> <li>- наличие промаркированного уборочного инвентаря (для текущей и генеральной уборки), условия хранения;</li> </ul> <p><i>организация ПСО ИМН</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul> <p><i>организация стерилизации ИМН</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul>			
4.	<p>Соблюдение регламента работы с ОМО класса А,Б,Г:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- наличие расходных материалов;</li> <li>- маркировка пакетов для отходов класса «Б»;</li> <li>- маркировка емкости для колющих и режущих медицинских инструментов «Б»;</li> <li>- журнал учета;</li> <li>- знание сроков использования пакетов и емкостей;</li> </ul>			
5.	<p>Проведение текущих и генеральных уборок:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- маркировка емкостей для дезинфекции;</li> <li>- маркировка уборочного инвентаря</li> </ul>			

	<p>для текущей уборки, генеральной уборки;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- условия хранения уборочного инвентаря для текущей уборки, генеральной уборки;</li> <li>- технология разведения дез. средств.</li> </ul>			
6.	<p>Организация УФО в процедурном:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- наличие ультрафиолетовых облучателей в регламентированных помещениях;</li> <li>- наличие предостерегающей таблички;</li> <li>- проведение УФО в процедурном кабинете в соответствии с графиком кварцевания;</li> <li>- отметка в журнале бактерицидного облучения.</li> </ul>			
7.	<p>Наличие аптечки для экстренной профилактики заражения ВИЧ-инфекцией:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- состав аптечки;</li> <li>- сроки хранения лекарственных препаратов;</li> <li>- знание алгоритма действий при аварийной ситуации.</li> </ul>			
8.	Отсутствие случаев инфекции, связанной с оказанием медицинской помощи (ИСМП)			
9.	Проведение осмотра пациентов на наличие педикулеза.			
10.	<p>Своевременность прохождения медосмотров и профосмотров:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- наличие санитарной книжки;</li> </ul>			

	- наличие прививочного сертификата.			
--	-------------------------------------	--	--	--

#### 4. Соблюдение фармацевтического порядка в манипуляционной

1.	Наличие аптечки неотложной помощи при возникновении анафилактического шока:  - состав аптечки;  - сроки хранения лекарственных препаратов;  - знание алгоритма действий при возникновении анафилактического шока.			
2.	Обеспечение правил хранения лекарственных средств и изделий медицинского назначения:  - сроки хранения;  - условия хранения;  - соблюдение температурного режима в кабинете;  - соблюдение температурного режима в холодильнике;  - использование гигрометра психрометрического;			
3.	Работа с группой медикаментов, подлежащих предметно-количественному учету:  - ведение журналов учета;  - сверка журнального и фактического остатка;			
4.	Работа с НС,ПВ и их прекурсорами:  - ведение журналов учета;  - сверка журнального и фактического остатка.			

### 5. Организация питания пациентов

1.	Своевременность и качество оформления порционного требования			
2.	Контроль за продуктами питания пациентов в холодильниках			
3.	Контроль за организацией работы раздаточных:  - контроль состояния здоровья дежурной раздатчицы в выходные и праздничные дни;  - санитарное состояние столовой и раздаточной (или готовность раздаточной к работе)			

### 6. Знание и выполнение требований охраны труда и противопожарной безопасности

1.	Знание и выполнение требований инструкций по охране труда.			
2.	Знание и выполнение требований противопожарной безопасности.			
3.	Знание и выполнение требований электро- безопасности.			

### 7. Соблюдение принципов медицинской этики

1.	Соблюдение требований, предъявляемых к личной гигиене, профессиональной одежде, внешнему виду.			
2.	Соблюдение принципов медицинской этики  в отношениях с пациентами, родственниками пациентов, коллегами.			
3.	Отсутствие обоснованных жалоб пациентов на качество обслуживания палатной медицинской сестры			

### 8. Участие в общественной жизни коллектива

1.	Участие в конкурсах профессионального мастерства			
2.	Общепольничный субботник, мероприятия, проводимые профкомом и т.д.			
	Всего баллов:			

Заключение: работа оценена

(максимальное количество баллов по отделению \_\_\_\_\_):

положительно \_\_\_\_\_ баллов \_\_\_\_\_%

(более 75% от максимально возможного количества баллов по данному отделению)

недостаточно \_\_\_\_\_ баллов \_\_\_\_\_%

(55% - 75% от максимально возможного количества баллов по данному отделению)

неудовлетворительно \_\_\_\_\_ баллов \_\_\_\_\_%

(менее 55% от максимально возможного количества баллов по данному отделению)

Эксперт: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

# КАРТА ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ

качества работы процедурной медицинской сестры

Отделение \_\_\_\_\_  
 Ф.И.О. эксперта \_\_\_\_\_  
 Ф.И.О. медсестры процедурной \_\_\_\_\_  
 Дата проведения экспертизы \_\_\_\_\_

№	Раздел работы	Положительно 2 балла	Недостаточно 1 балл	Неудовлетво- рительно 0 баллов

## 1. Организация рабочего места медицинской сестры процедурной, ведение первичной медицинской документации

1.	Готовность рабочего места к работе: - общий порядок в кабинете; - наличие достаточного количества расходного материала, лекарственных препаратов			
2.	Качество оформления регламентированной медицинской документации: (Перечень по делопроизводству)			

## 2. Оказание медицинских услуг

	Соблюдение технологий выполнения простых медицинских услуг:			
1	-внутримышечная инъекция			
2	-внутривенное введение лек. веществ			
3	- забор крови для анализа			
4.	Своевременность выполнения врачебных назначений			

## 3. Выполнение требований нормативных документов, регламентирующих санитарно-эпидемиологический режим и инфекционную безопасность

1.	Знание основных нормативных документов по противоэпидемическому режиму и инфекци-			
----	---	--	--	--

	онной безопасности - перечень			
2.	Использование медицинским персоналом средств индивидуальной защиты (одежда, колпачки, перчатки, маски, защитные очки)			
3.	<p>Соблюдение правил инфекционной безопасности:</p> <p><i>организация дезинфекции</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- наличие дезинфектантов, сроки хранения, условия хранения;</li> <li>- наличие технологической карты по использованию дезинфектанта;</li> <li>- наличие промаркированных емкостей для проведения дезинфекции;</li> <li>- наличие мерной емкости;</li> <li>- наличие промаркированного уборочного инвентаря (для текущей и генеральной уборки), условия хранения;</li> </ul> <p><i>организация ПСО ИМН</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- наличие средств для ПСО ИМН, сроки хранения, условия хранения;</li> <li>- наличие технологической карты по использованию средств для ПСО ИМН;</li> <li>- наличие промаркированных емкостей для проведения ПСО ИМН;</li> <li>- наличие мерной емкости;</li> <li>- набор для проведения азопирамовой пробы, проведение пробы.</li> </ul> <p><i>организация стерилизации ИМН</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- наличие стерилизационных упаковок(биксы, мягкие укладки);</li> <li>- сроки хранения;</li> </ul>			



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- условия хранения (зона);</li> <li>- наличие журналов;</li> <li>- наличие тестов контроля стерилизации, сроки хранения, условия хранения, использование;</li> <li>- проверка качества стерилизации путем сличения термоиндикаторов с эталоном;</li> <li>- хранение стерильного материала, инструментов (на стерильном столе, в УФО-камере)</li> </ul>			
4.	<p>Соблюдение регламента работы с ОМО класса А,Б,Г:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- наличие расходных материалов;</li> <li>- маркировка пакетов для отходов класса «Б»;</li> <li>- маркировка емкости для колющих и режущих медицинских инструментов «Б»;</li> <li>- журнал учета;</li> <li>- знание сроков использования пакетов и емкостей;</li> </ul>			
5.	<p>Проведение текущих и генеральных уборок:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- маркировка емкостей для дезинфекции;</li> <li>- маркировка уборочного инвентаря для текущей уборки, генеральной уборки;</li> <li>- условия хранения уборочного инвентаря для текущей уборки, генеральной уборки;</li> <li>- технология разведения дез. средств.</li> </ul>			
6.	<p>Организация УФО в процедурном:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- наличие ультрафиолетовых облучателей в регламентированных помещениях;</li> <li>- наличие предостерегающей таблички;</li> <li>- проведение УФО в процедурном кабинете в соответствии с графиком кварцевания;</li> <li>- отметка в журнале бактерицидного облуче-</li> </ul>			

	ния.			
7.	Наличие аптечки для экстренной профилактики заражения ВИЧ-инфекцией: - состав аптечки; - сроки хранения лекарственных препаратов; - знание алгоритма действий при аварийной ситуации.			
8.	Отсутствие случаев инфекции, связанной с оказанием медицинской помощи (ИСМП)			
9.	Своевременность прохождения медосмотров и профосмотров: - наличие санитарной книжки; - наличие прививочного сертификата.			

#### 4. Соблюдение фармацевтического порядка в отделении

1.	Наличие аптечки неотложной помощи при возникновении анафилактического шока: - состав аптечки; - сроки хранения лекарственных препаратов; - знание алгоритма действий при возникновении анафилактического шока.			
2.	Обеспечение правил хранения лекарственных средств и изделий медицинского назначения: - сроки хранения; - условия хранения; - соблюдение температурного режима в кабинете; - соблюдение температурного режима в холодильнике; - использование гигрометра психрометрического;			

3.	Работа с группой медикаментов, подлежащих предметно-количественному учету: - ведение журналов учета; - сверка журнального и фактического остатка;			
4.	Работа с НС,ПВ и их прекурсорами: - ведение журналов учета; - сверка журнального и фактического остатка.			

#### 5. Знание и выполнение требований охраны труда и противопожарной безопасности

1.	Знание и выполнение требований инструкций по охране труда			
2.	Знание и выполнение требований противопожарной безопасности			
3.	Знание и выполнение требований электро безопасности			

#### 6. Соблюдение принципов медицинской этики

1.	Соблюдение требований, предъявляемых к личной гигиене, профессиональной одежде, внешнему виду.			
2.	Соблюдение принципов медицинской этики в отношениях с пациентами, родственниками пациентов, коллегами.			
3.	Отсутствие обоснованных жалоб пациентов на качество обслуживания медицинской сестрой процедурной			

#### 7. Участие в общественной жизни коллектива

1.	Участие в конкурсах профессионального мастерства			
2.	Общепольничный субботник, мероприятия, проводимые профкомом и т.д.			
	Всего баллов:			

Заключение: работа оценена  
(максимальное количество баллов по отделению \_\_\_\_\_):  
положительно \_\_\_\_\_ баллов \_\_\_\_\_ %  
(более 75% от максимально возможного количества баллов по данному отделению)  
недостаточно \_\_\_\_\_ баллов \_\_\_\_\_ %  
(55% - 75% от максимально возможного количества баллов по данному отделению)  
неудовлетворительно \_\_\_\_\_ баллов \_\_\_\_\_ %  
(менее 55% от максимально возможного количества баллов по данному отделению)

Эксперт: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Приложение № 5  
КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА № 3

Оценка качества работы медицинской сестры

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Занимаемая должность \_\_\_\_\_

Квалификационная категория \_\_\_\_\_

Стаж работы \_\_\_\_\_

№ п/п	Критерий	Результат экспертной оценки в баллах (по месяцам)											
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
K <sub>1</sub>	Профессиональная подготовка специалиста												
K <sub>2</sub>	Организация труда медицинской сестры												
K <sub>3</sub>	Сестринская практика												
K <sub>4</sub>	Оказание неотложной помощи												
K <sub>5</sub>	Медицинская этика и деонтология												
K <sub>6</sub>	Инфекционная безопасность												
K <sub>7</sub>	Документирование сестринской деятельности												
	ИКК												
	Подпись медицинской сестры												

	Подпись осуществив- шего контроль												
--	--------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Расчет интегрального коэффициента качества (ИКК) =

$$\frac{K_1 + K_2 + K_3 + K_4 + K_5 + K_6 + K_7}{7}$$

Интерпритация результатов: 2,7 – 3 – высокий уровень,  
2,4 – 2,6 – средний, 2,3 – 0 - ниже среднего.

Приложение № 6

## ПРИЛОЖЕНИЕ К КОНТРОЛЬНОЙ КАРТЕ

Дата	Замечания, выявленные во время контроля	Сроки устранения